

**T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**8-12 YAŞ GRUBU KEKEME ÇOCUKLARIN
KAYGI, SOSYAL FOBİ VE IQ
YÖNÜNDEN TETKİKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Leman Elif AYBAY

İstanbul - 2009

**T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**8-12 YAŞ GRUBU KEKEME ÇOCUKLARIN
KAYGI, SOSYAL FOBİ VE IQ
YÖNÜNDEN TETKİKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Leman Elif AYBAY

Danışman: Prof. Dr. Mücella ULUĞ

İstanbul - 2009

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve bu çalışmanın her aşamasında bilgi, öneri ve desteğini hiç esirgemeyen ve büyük özverisi ile her zaman örnek olan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Mücella ULUĞ'a,

Değerli yardımlarından dolayı Maltepe Üniversitesi Kütüphane Müdürü Nazan KARAKAŐ'a

Katkılarını esirgemeyen Buket TEKİN ve Deniz YAZGAN'a

Bu tezi oluŐturma aşamasına gelmemde emeği geçmiş olan çok sevgili anneme, babama ve bütün aileme içtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

Bu araştırmada 8-12 yaş grubu kekeme olan ve olmayan çocukların sosyal kaygı, sosyal fobi ve IQ yönünden aralarındaki farkların incelenmesi amaçlanmıştır.

Kekemelik grubu İstanbul’da çeşitli devlet hastaneleri Çocuk Psikiyatrisi polikliniklerinde kekemelik teşhisi almış tedavisi devam eden veya sona ermiş 8 - 12 yaş grubu 36 kekeleyen çocuktan oluşmaktadır.

Kontrol grubu İstanbul’da devlet ilköğretim okullarında okuyan rastgele örnekleme ile seçilmiş 8- 12 yaş grubu akıcı konuşan 84 çocuktan oluşmaktadır. Çocuklarda ki sosyal anksiyete düzeyi için “Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği”, sosyal fobi ölçümü için “Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Fobi Ölçeği”, zeka ölçeği olarak da ‘Cattell 2-A Zeka Testi’ kullanılmıştır.

Velilerden ise çocuğun psiko-sosyal özellikleri hakkında bir fikir edinmek ve demografik özellikleri belirlemek için “Çocuğun Ruhsal Durumu” “Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Durum” başlıklı iki form doldurmaları istenmiştir.

Normal dağılıma uyan değişkenlerimiz için ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik testler olan bağımsız grup t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ölçekler arasındaki ilişkinin araştırılması için Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre IQ düzeyi, sosyal anksiyete, sosyal fobi açasından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır.

Anne –babanın eğitim durumu ile çocukların IQ sosyal anksiyete, sosyal fobi puanları arasında da istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: kekeme çocuk, sosyal kaygı, sosyal fobi, zeka

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the differences between stuttering children and non-stuttering children aged between 8 -12, in the levels of social anxiety, socio-phobia, and Intelligence.

The Stuttering group was composed of 36 children aged between 8 -12, diagnosed with stuttering by several state hospitals' children's psychiatry clinics, who were either under treatment at the time being, or whose treatments have been completed.

Control group was selected randomly from several State Primary Schools in Istanbul, and it is composed of 84 children aged 8 – 12, who speak fluently. For determining the levels social anxiety in children “Social Anxiety Scale for Children”, for determining the levels of socio-phobia, “Socio-phobia Scale for Children and Adolescents’ and for rating the intelligence, ‘Cattell 2- A Intelligence Test’ have been applied.

In order to gain insight on the psycho-social characteristics of children and to determine the demographic characteristics, parents were asked to fill out the forms titled “The Mental State of the Child” and “The Socio-economic and Cultural Condition”.

The parametrical tests of Independent Group t –test and ONE WAY Analyses of Variance (ANOVA) were used to compare and contrast the means for the variables with normal distribution; correlation analyses were used to investigate the relation between several measures.

According to the results obtained from the study, there is no statistically significant difference in the level of IQ, social anxiety and socio phobia between the test and the control groups.

There is no statistically significant relation between children's scores of IQ, social anxiety, socio-phobia and parents' differing educational levels.

Key Words: stuttering child, social anxiety, socio-phobia, intelligence

İÇİNDEKİLER

i. TEŞEKKÜR.....	
ii. ÖZET.....	
iii. ABSTRACT.....	
iv. İÇİNDEKİLER.....	
v. TABLOLAR LİSTESİ.....	
vi. ŞEKİLLER LİSTESİ	
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ	2
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. Kekemelik	3
1.1.1. Kekemeliğin Tanımı	3
1.1.2. Kekemelik ve Yaş	7
1.1.3. Kekemelik ve Laterilizasyon	8
1.1.4. Kekemelik ve Cinsiyet.....	9
1.1.5. Kekemelik ve Kalıtım.....	10
1.1.6. Kekemeliğin Yaygınlığı.....	11
1.1.7. Kekemelik ve Zeka	11
1.2. Kekemelle İlgili Kuramlar	13
1.2.1. Serebral Kuramı / Nörobiyolojik Mekanizmalar	13
1.2.2. Psikanalitik ve Bilişsel - Davranışçı Görüşler	14
1.3. Kaygı (Anksiyete)	16
1.4. Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozuklukları)	21
1.5. IQ-Zeka	26
1.6.8-12 Yaş Psikososyal Çocuk Gelişimi	28
1.7. Amaç	30
2. Hipotez.....	31
3. Önem.....	32
4. Kapsam ve Sınırlılıklar	33
4.1. Kapsam	33
4.2. Sınırlılıklar	33

5. Varsayımlar	33
6. Tanımlar	34
6.1. Kekemelik	34
6.2. Kaygı	34
6.3. Sosyal Fobi	34
6.4. IQ-Zeka	34
BÖLÜM II	35
İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	35
2.1. Türkiye’de ve Yurtdışında Yapılan Kekemlikle İlgili Bazı Araştırmalar	35
BÖLÜM III	44
YÖNTEM	44
3.1. Araştırmanın Modeli	44
3.2. Evren ve Örneklem	44
3.3. Veri Toplama Araçları	45
3.3.1. Çocuğun Ruhsal Durumu	45
3.3.2. Sosyal-Ekonomik ve Kültürel Durum	45
3.3.3. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği	45
3.3.4. Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Fobi Ölçeği	46
3.3.5. R.B. Cattell Testi	46
3.4. Verilerin Analizi	48
BÖLÜM IV	50
BULGULAR VE YORUM	50
BÖLÜM V	85
SONUÇLAR VE TARTIŞMA	85
5.1. Sonuçlar	85
5.2. Tartışma	89
KAYNAKLAR	95
EKLER	103
EK-1: ÇOCUĞUN RUHSAL DURUMU	103
EK-2: SOSYO EKONOMİK VE KÜLTÜREL DURUM	107
EK-3: ÇOCUKLAR İÇİN SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	108
EK-4: ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN SOSYAL FOBİ ÖLÇEĞİ	109

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Cinsiyet Dağılımı.....	50
Tablo 2: Yaş Dağılımı.....	50
Tablo 3: Çocuğun sosyal olma durumu dağılımı.....	50
Tablo 4: Çocuğun sınıfta kalma durumu dağılımı.....	51
Tablo 5: Çocuğun babasının eğitim düzeyi dağılımı.....	51
Tablo 6: Çocuğun annesinin eğitim düzeyi dağılımı.....	52
Tablo7: Çocuğun babasının mesleğine göre dağılımı.....	53
Tablo 8: Çocuğun annesinin mesleğine göre dağılımı.....	53
Tablo 9: Çocuğun ailesiyle oturduğu konuta göre dağılımı.....	54
Tablo 10: Eve gazete alma durumuna göre dağılımı.....	54
Tablo 11: Anne tarafında kekemelik durumu dağılımı.....	55
Tablo 12: Baba tarafında kekemelik durumu dağılımı.....	55
Tablo 13: Akraba evliliği olma durumu dağılımı.....	56
Tablo 14: Akrabalardan önce kekeme olup sonra düzelen olma durumu dağılımı...56	
Tablo 15: Akrabalarda konuşma bozukluğu olma durumu dağılımı.....	57
Tablo 16: İkiz çocuk sahip olma durumu dağılımı.....	57
Tablo 17: Diğer çocuklarda kekemelik durumu dağılımı.....	58
Tablo 18: Çocuğun korkularının dağılımı.....	58
Tablo 19: Çocukta tik olma durumu dağılımı.....	59
Tablo 20: Çocuğun tiklerinin dağılımı.....	59
Tablo 21: Çocuğun gece alt ıslatma durumu dağılımı.....	60
Tablo 22: Çocuğun dışkı kaçırma durumu dağılımı.....	60
Tablo 23: Çocuğun saldırgan davranışı olma durumu dağılımı.....	61
Tablo 24: Çocuğun saldırgan davranışlarının dağılımı.....	61
Tablo 25: Çocuğun kendine güveni olma durumu dağılımı.....	61
Tablo 26: Kekemeliği düzeltme yöntemleri dağılımı.....	62
Tablo 27: Kekemeliğin azaldığı durum dağılımı.....	63
Tablo 28: Kekemeliğin arttığı durum dağılımı.....	63
Tablo 29 : Sosyal Anksiyete Düzeyi Dağılımı.....	64
Tablo 30: Sosyal Fobi Düzeyi Dağılımı.....	64
Tablo 31: IQ Düzeyi Dağılımı.....	65

Tablo 32: Gruplar ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi.....	65
Tablo 33: Kontrol Grubu İçin Testler arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	66
Tablo 34: Deney Grubu İçin Testler arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	67
Tablo 35: Kontrol Grubu için Babanın eğitim durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi.....	68
Tablo 36: Kontrol Grubu için Annenin eğitim durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi.....	69
Tablo 37: Kontrol Grubu için Annenin meslek durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi.....	70
Tablo 38: Deney Grubu için Babanın eğitim durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi.....	71
Tablo 39: Deney Grubu için Annenin eğitim durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi.....	72
Tablo 40: Deney Grubu için Annenin meslek durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi.....	73
Tablo 41: Kontrol Grubu İçin yaş grubu ve test puanları arasındaki farkın incelenmesi.....	74
Tablo 42: Deney Grubu İçin yaş grubu ve test puanları arasındaki farkın incelenmesi.....	74

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1	: Çocuğun Sosyal Olma Durumu.....	75
Şekil 2	: Anne tarafında kekemelik durumu.....	75
Şekil 3	: Baba tarafında kekemelik durumu.....	76
Şekil 4	: Akraba evliliği kekemelik durumu.....	76
Şekil 5	: Akrabalarda kekemelik ve düzelme durumu.....	77
Şekil 6	: Akrabalarda konuşma bozukluğu.....	77
Şekil 7	: Kardeşlerde kekemelik durumu.....	78
Şekil 8	: Çocuklarda korku durumu.....	78
Şekil 9	: Çocuklarda tik durumu.....	79
Şekil 10	: Çocuklarda alt ıslatma durumu.....	79
Şekil 11	: Çocuklarda dışkı kaçırma durumu.....	80
Şekil 12	: Çocuklarda saldırganlık durumu.....	80
Şekil 13	: Çocuklarda kendine güvensizlik durumu.....	81
Şekil 14	: Kekemeliği düzeltme yöntemleri.....	81
Şekil 15	: Kekemeliğin azaldığı durumlar.....	82
Şekil 16	: Kekemeliğin arttığı durumlar.....	82
Şekil 17	: Sosyal Anksiyete ölçeği bulguları.....	83
Şekil 18	: Sosyal Fobi ölçeği bulguları.....	83
Şekil 19	: IQ ölçeği bulguları.....	84

BÖLÜM I

GİRİŞ

Günlük yaşantımızın ayrılmaz bir parçası hatta onu biçimlendiren, yönlendiren bir ögesi, insanlar arası etkileşimdir. İletişim insanlar arası etkileşimde önemli bir yer tutmaktadır. İnsanlar birbirleriyle iletişim kurarken dil (lisan) adını verdiğimiz bir araçtan yararlanmakta ve bunu da çoğu kez konuşma yoluyla ifade edebilmekte ve karşındakilere aktarabilmektedir (Topbaş vd, 2002).

"İletişim konuşan birey ile dinleyen arasındaki her türlü bilginin bir sembol dizgesi aracılığıyla aktarımıdır. Sembol dizgesi sözel dildir (lisan)". Toplumsal yaşam ve bireylerin etkileşimleri, çeşitli iletişim isteklerini, amaçlara erişimi hedefler. İnsanlar doğdukları andan başlayarak gereksinimlerini, duygularını vb. bir biçimde iletmeyi başarmışlardır.

Bebeklikten erişkinliğe amaçlar aynıdır ama yaşantı, deneyim farklılığı nedeniyle bu amaçların iletimi, aktarılış biçimleri farklılaşır. Bebeklik döneminde bu aktarım iletişim davranışları ile başlar ve giderek dil (lisan) bunun yerine geçer. Dil, sosyal bir iletişim aracıdır (Topbaş vd, 2002).

Sosyal bir iletişim aracı olan dildeki işaretlerin ses ya da jestlere yani diğerleri tarafından algılanabilir biçimlere dönüştürülmesi ise konuşmayı oluşturur. Konuşma, ses çıkarmada rol oynayan tüm organların şekillenerek sesin çıkarılması olayıdır. Konuşmanın iletişim ve kendini ifade etme olarak iki ana fonksiyonu vardır. İnsanın günlük yaşantısında önemli rol oynayan ve çevresi ile iletişimini sağlayan konuşma yeteneğinin azalması kişi için önemli bir eksikliktir (Kudal ve Ertaş, 1990).

Kekemelik, Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması (International Classification of Diseases - ICD- 10)'da "ne söylemek istediğini bilmesine karşın bir sesin istem dışı tekrarlanması veya kesilmesi sonucu kişinin söylemek istediğini söyleyememesine neden olan konuşma ritmindeki bozukluklar" olarak tanımlanmıştır.

Konuşmanın tümünü etkileyen bir konuşma bozukluğu olan kekemelik; tekrarlamalar, duraklamalar, uzatmalar ve bunlara eşlik eden jest ve mimikler ile akıcı konuşmanın engellenmesidir (Kirk ve Gallagher, 1989).

Ancak kekemelik yalnızca konuşmadaki bir akıcılık bozukluğu değildir. Kekemelikte konuşma kesintilerine eşlik eden psikolojik durum, kişilik özellikleri ve tutumlar da vardır. Bir şeyler anlatmak isteyip anlatamayan, toplumun konuşma standartlarına kendini uyduramayan kekeme bireyde saldırgan davranışlar, isyan, kendine güvensizlik, aşağılık duygusu, suçluluk, düşmanlık, kaygı duyguları gibi olumsuz duygular oluşabilmektedir. Özellikle kekeleyen çocuklar hayal kırıklığı, utanma ve kızgınlık hissedebilirler (Madanoğlu, 2005).

Birçok araştırmada kekeme bireylerin kaygılı oldukları belirtilmektedir. Kekemelikte kaygı arasındaki ilişkinin doğası ve özellikleri tam net olmamakla birlikte toplum içinde konuşulan grubun büyüklüğüne ve konuşulan kişinin statüsünün nasıl algılandığına bağlı olarak kekeleyenin de farklılaştığı gözlemlenmiştir.

Kekeme bireylerdeki anksiyetenin (kaygı) sosyal alanlarla sınırlı olduğunu belirten araştırmalar da vardır.

Kekemeliğe, konuşmadaki problemden dolayı "sosyal zedelenme beklentisi" eşlik edebilir. Birçok araştırmaya göre yetişkinlikteki kronik kekemelik sosyal kaygı ile bağlantılıdır. Yüksek düzeyde sosyal anksiyete ve sosyal kaçınma sosyal fobinin belirtileridir (Messenger vd. 2004).

Kekemeliğin sebeplerini inceleyen bazı araştırmacılar zeka etmenini de ele almışlardır. Araştırmalar zeka etmeninin zayıf olmakla birlikte bir risk etmeni olabileceğini ortaya koymaktadır. Düşük zeka düzeyinde kekemeliğin daha yüksek olması, düşük zeka düzeyinin bir risk etmeni sayılabileceğini düşündürmektedir (Sercan, 1988).

Kekemelikte ilgili yapılan çalışmalar azdır. Bu çalışma çocuklarda kekemeliğin psikopatolojinin bir alanı olan sosyal kaygı ve IQ ile ilgisi üzerine yapılmıştır.

"Kekeme olan ve olmayan 8- 12 yaş grubu çocuklar arasında özellikle sosyal kaygı düzeyi, sosyal fobi ve IQ yönünden fark var mı?" sorusu, çocuklara uygulanan test ve ölçeklerle araştırılmak istenmiştir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Kekemelik

1.1.1. Kekemeliğin Tanımı

Konuşma akıcılığında bir bozukluk olan kekemelik yüzyıllardır tam olarak açıklanamamış bir olgudur. Bütün kültürlerde ve etnik gruplarda, yaygınlığı farklı olmakla beraber, görülen bir bozukluktur (Andrews vd, 1983).

Bir iletişim bozukluğu olan kekemelik için gerekli kriterler DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'de aşağıda görüldüğü gibidir (2005).

A. Aşağıdakilerden birinin ya da birden fazlasının sık ortaya çıkması ile belirli, konuşmanın olağan akıcılığında ve zamanlama örüntüsünde bozukluk olması (kişinin yaşı için uygun değildir):

- (1) Ses ve hece yinelemeleri
- (2) Sesleri uzatma
- (3) Ünlemler
- (4) Sözcüklerin parçalanması (örn; Bir sözcük içinde ara vermeler)
- (5) Duyulabilir ya da sessiz bloklar (konuşma sırasında doldurulan ya da doldurulamayan ara vermeler)
- (6) Dolambaçlı yoldan konuşma (söylenmesi sorunlu sözcüklerden kaçınmak için bu sözcüklerin yerine başka sözcükleri kullanma)
- (7) Sözcükleri aşırı bir fiziksel gerginlikle söyleme
- (8) Tek heceli sözcük yinelemeleri (örn; "Be-Be-Be-Ben onu gördüm")

B. Konuşma akıcılığı bozukluğu okul başarısını, mesleki başarıyı ya da toplumsal iletişimi bozmaktadır.

C. Konuşmayla ilgili - devinsel (motor) ya da duyuşsal bir bozukluk ya da çevre yoksunluğu varsa bile konuşma zorlukları genellikle bunlara eşlik edenlerden çok daha fazladır.

Ses, hece ve sözcüklerin tekrarı, uzatılması ya da konuşmanın akışını kesen duraklamalar şeklinde kendisini gösteren bir konuşma bozukluğudur. Psikolojik streslerin yoğun olduğu durumlarda (sınav, çekinilen kişilerle konuşma zorluğu, korku, endişe duyguları yaratan ortamlar, derse kalkmak vs.) artar. Genellikle şarkı söylerken, şiir okurken, kekeleme olmaz. Bunlar çocuğun hoşlandığı durumlar olarak düşünülmektedir. Ağır kekeleme durumlarında tekrarlayan vücut hareketleri konuşmaya eşlik eder (Öztürk, O.,2004).

Bu bozukluğun kişiyi kaygılı yapacağı ve depresyona sürükleyebileceği ve işlevselliği bozacağı bilinmektedir (Holmes, 2001).

Sorunu yaşayan çocuk için oldukça ağır psikolojik, sosyal ve akademik sonuçlar doğurabilir. Çocuğun duyacağı kaygı, yaşayacağı özsaygı yıkımı ona oldukça büyük zararlar verir (Yavuzer, 2003).

ICD-10'da (International Classification of Diseases) kekemelik kişinin ne söylemek istediğini tam olarak bildiği fakat seslerdeki istemsiz tekrar, uzatma ya da duraklamalardan dolayı söyleyemediği, konuşma ritmindeki bir bozukluk olarak açıklanmaktadır.

ICD -10 kekemeliği (stammering) konuşma ve dil bozukluklarından ayrı tutarak "sıklıkla çocukluk ve ergenlikte başlayan diğer davranışsal ve duygusal bozukluklar" içinde sınıflandırmaktadır. ICD-10'un tanı ölçütleri DSM-IV-TR ile benzerdir fakat bazı farklılıklar da göze çarpar.

DSM-IV-TR tanı için akademik veya mesleki başarıyı ya da sosyal iletişimi bozmasını gerektirirken ICQ-10 ise konuşma akıcılığında belirgin bozukluğa neden olacak kadar ağır olmasını şart koşar. ICD- 10 en az 3 aylık zaman şartı ararken, DSM-IV-TR' de zaman ölçütü yoktur. DSM-IV-TR ayrıca bozukluğun bireyin yaşından beklenenden daha fazla olmasını ve eğer motor veya duygusal bir eksiklik varsa konuşma güçlüğü'nün bu sorunlarla ortaya çıkması beklenenden daha fazla olması şartını arar (Kaplan ve Sadock, 2004).

Etyolojisi açıklığa kavuşmadığı için, kekemeliğin tanımını yapmakta da yetersiz kalınmaktadır. Dil, damak gibi konuşma organlarının mekanizmasında gerçek bir

bozukluğun bulunmaması, tanımın bu bozukluğun semptomlarıyla yapılmasına yol açmaktadır (Beech ve Fransella, 1971).

Johnson(1963) kekemeliğin kesik kesik blokların eşlik ettiği ses tekrarlarından oluşan, konuşma ritmindeki bir bozukluk olarak tanımlansa da bu nesnel tarifin onu bütünsel olarak açıklamakta yetersiz kaldığını öne sürmüştür. Kekemeliğin bunların yanı sıra konuşma arzusu ile olası kekemeliği önleme arzusu arasındaki bir çatışma olduğunu belirtmiştir. Kekemelik tamamen psikolojik bir olgu olmamakla birlikte daha iyi anlaşılması için psikolojik yönünün bilinmesi gerekmektedir; kekeme kişi kekelemesini baskılayıcı bir tutum içindedir. Kekemelik konuşmayla ilgili olduğundan konuşmasını baskılar. Kekeme için kekelemesi hoş olmayan, istenmeyen bir özelliktir. Bundan dolayı da bunun ortaya çıkmasından kaçınır. Kekemenin konuşmaya katılacağı durumlarda iki eğilim ortaya çıkar: konuşmak isteği ve kekelememe arzusu. İkincisi baskılayıcı özelliكتedir. Bu durumun psikolojik açıklaması algının ikilemidir; iki karşıt uçta davranış görülür.

Bazı çalışmalar kekemeliği bir ritm bozukluğu olarak kabul etmektedir (Belgin vd, 1985). Gökyay ve Kasatura (1970) kekemeliği konuşmaktan kaçınan bir kişinin konuşmadan önce gösterdiği kasılma ve reaksiyonlar olarak tanımlamaktadır.

Wingate (1964)'e göre kekemelik:

1. Seslerin, hecelerın, kelimelerin istemsiz, işitilebilir veya sessiz tekrarlar ve uzatmalarla söylenmesiyle tanımlanan sözel anlatım akıcılığındaki bir bozukluktur.
2. Bazen bu bozukluklara ilgisiz beden hareketleri veya stereotipik konuşma öğeleri eşlik eder. Bu devinimler konuşmaya ilişkin çabaların varlığını gösterir.
3. Bu bozukluklar, sıklıkla heyecan veya gerilim durumlarının ve korku, utanma, rahatsızlık gibi duyguların belirtisidir.

Kekemeliğin en açık görülen özelliklerinden biri, kelimelerin, cümlelerin ve özellikle hecelerın tekrarıdır. Akıcılıkta bozulmalar, okul öncesi çocukların konuşmalarının bir özelliğidir. 5 yaşına kadar çocuklarda tekrarlar görülmekle birlikte, tekrarların görülme sıklığı ve gerilim (tension) tanıda önemli olmaktadır (Beech, ve Fransella, 1971).

Küçük çocukların konuşmaları üzerine yapılan araştırmalar, kekeleyenlerin kekeme olmayan çocuklara oranla yazı-sözcük tekrarlamalarının ve uzatmalarının daha fazla olduğunu göstermiştir. Her konuşmada duraklamalar, tekrar ve uzatmalar olabilir. Ancak bir kişiye kekeleyor diyebilmek için konuşmasının bütününe bakmak gerekir. Öncelikle kekeleyenler tam olarak hangi sözcüğü kullanmak istediklerini bilirler. Ancak söylemek istediklerini o an söyleyemezler. O sözcük yerine başka bir şey veya aynı sözcüğü başka bir zaman akıcı olarak kullanabilirler. Aynı zamanda kekeleyen kişiler blok anlarını veya kekeleyeceklerini önceden bilebilirler. Ve bu sözcüğe yaklaştıklarında kaygı ve zorlanma yaşayabilirler (İnceer ve Kocadere, 1999).

Fletcher(1914) ciddi anlamdaki sosyal uyumsuzluğun sebepleri olan korku, dehşet, kaygı, endişe, aşağılık duygusu gibi faktörlerin geçmişteki özel yaşantılardan kaynaklandığını belirtmiştir. Kekemelikte genel anlamda bir korku veya kaygıdan bahsedilemeyeceğini, bazı şartlar altında konuşma zorluğunun önceden hissedilmesi ile oluşan kaygının kekemelik patolojisini oluşturduğunu belirtmiştir.

Kekeleme, iletişim ortamındaki baskılar, cezalar hissedildiğinde, kaygı, utanma ve düşmanlığın fazlalaşmasıyla artar. Aynı şekilde ortamdaki kelimelerin, cümlelerin geçmişteki deneyimleri ile ilişki kurulduğunda, otorite figürleri karşısında ya da dinlemekten bıkan dinleyici ile konuşurken baskılardan kurtulma çabası ile daha fazla kekeleme olur. (Van Riper,1971).

Van Riper ve Emerick (1990), kekemeliğin konuşmada ki akıcılığının anormal olarak, bir sesin, hecenin tekrarlanması veya uzatılmasıyla ya da konuşma, özel çabalar ve kaçınma davranışları ile engellendiğinde ortaya çıktığını ifade etmektedirler.

Kekemelik, organik bir sebebe dayanıp dayanmamasına göre gelişimsel ve nörojenik olarak ikiye ayrılır. Gelişimsel kekemelik belli bir beyin hasarı veya başka bir bilinen neden olmaksızın ortaya çıkmaktadır. Nörojenik kekemelik ise inme, beyin içi kanama veya kafa travması gibi tanımlanmış bir beyin hasarından sonra oluşmaktadır(Grant vd, 1999; Ciabarre vd, 2000).

Tanım olarak dört tür kekemelikten bahsedilebilir:

1. Klonik kekemelik; spazmodik olarak harf ya da hece yinelenir,
2. Tonik kekemelik; sesin kesilmesidir.
3. Diğer kekemelikler; palialik (söylenecek kelime ile ilgisi olmayan harf tekrarı)
4. Atonik kekemelik; ses çıkarmanın aniden kesilmesidir (Atasoy ve Şenol, 1998).

Kekemeliğin ağır formlarında sıklıkla ilave veya ikincil özellikler olarak adlandırılan çabalama veya mücadele davranışları gözlenir. Bu davranışlar; konuşmanın solunum, sesletim veya artikülasyon seviyelerinde görülebilir. Bu ikincil özellikler kendini sıkıntılı nefes alma, anormal ses kalitesi, dudak büzme ve dil tıkırdaması tarzında sergileyebilir. Göz kıpma, yüz buruşturma, kafa sallama dil çıkarma ve anormal vücut hareketleri gibi ilave davranışlar konuşmanın akışının kesildiği süreçte veya öncesinde gözlenebilir (Kaplan ve Sadock, 2004).

1.1.2. Kekemelik ve Yaş

Hastalık genellikle 12 yaşından önce, çoğunlukla 2-7 yaşları arasında başlar.

Vakaların %80 veya daha fazlasında kekemeliğin başlama yaşının 6 yaşından önce olduğu, en fazla 2- 4 yaşları arasında görüldüğü ileri sürülmektedir (Belgin ve Güven, 1985).

Çalışmaların çoğu kekemelik başlangıcının erken dönem çocuklukta olduğunu ve 8 yaşından önce görüldüğünü, 11 yaşından sonra ise olmadığını belirtmektedir (Beech ve Fransella, 1971).

Kekemelik ender olarak ergenliğin başlamasından sonra ortaya çıkar. Yaş ilerledikçe çocuğun kekelemeye başlama riski azalır. Bazı araştırmalarda önceden kekeleyen bireylerin %80'nin yetişkinliğe ulaştıktan sonra kekelemediklerini göstermiştir. Bunun yanı sıra yaşamın ileri dönemlerinde kekemeliğin sürdüğü birçok olgu da vardır (İnceer ve Kocadere, 1999).

2- 3, 5 yaşları arasında başlayan kekemelik genellikle geçici olmaktadır. Çocuklarda düşünce hızının, konuşma hızını geçtiği bu yaşlarda henüz yetersiz konuşma ile düşünce ifade edilmemekte ve bu yüzden ortaya çıkan konuşma bozukluğuna "fizyolojik kekemelik" denmektedir. Erken yaşta başlayan geçici kekemelik durumlarında aile çocuğa fazla baskı yapmamalı ve çocuğun kendi konuşmasına fazla dikkat göstermesine yol açmamalıdır (Öztürk,O., 2004).

Gelişimsel kekemelik genellikle 2- 5 yaş arasında ortaya çıkmakta, nörolojik kekemelik daha ileriki yaşlarda da görülebilmektedir(Grant vd.1999; Ciabarre vd, 2000).

İlk kez ileri yaşta ortaya çıkan kekemeliğin, ani ve şiddetli fiziksel veya psikolojik bir stresten kaynaklandığı belirlenmiştir(Beech and Fransella,1971).

Kelimelerin, heceler ve cümlelerin tekrarı küçük çocuklarda sıklıkla görülmekte ancak kekemelik olarak kabul edilmemektedir. Bu durumun 4,5- 5 yaşına kadar çocuklarda sık görüldüğü belirtilmiştir. Davis(1939),2- 5 yaş arası normalden üstün zekalıya doğru giden 62 çocukla yaptığı çalışmada çocukların kelimelerden sonra en çok cümleleri tekrar ettiklerini ancak hece tekrarının çok nadir görüldüğünü belirtmiştir. Ayrıca cümle ve kelime tekrarları yaşla azalırken hece tekrarlarının aynı düzeyde kaldığı belirtilmiştir.

Birçok çocuğun 2– 5 yaş arası gelişimsel süreçteki konuşmalarında bazı bozukluklar görülebilir. Birçoğu da dışarıdan gelen akıcılığı bozan unsurların etkisinde kalır. Çocuklar konuşma, duygu ve düşüncelerini ifade etme girişimlerinde, denemelerinde kendilerinden hem otorite hem yetkinlik açısından güçlü yetişkinlerle kıyaslanır. Bu tür olumsuz yaklaşımlara rağmen birçok çocuk bu devreyi konuşmada çok az hasar veya hasarsız atlatır. Bir kısmı üzerlerindeki baskı ve talepleri karşılayamaz ve kekelemeye başlayabilir (Van Riper,1971).

1.1.3. Kekemelik ve Laterilizasyon

Laterilizasyon bir işlevin beynin bir tarafında daha fazla gerçekleşmesi için o tarafın yoğunlaşması anlamına gelir. "Serebral dominans" bir beyin yarımküresinin belli bir işlevden ağırlıklı olarak sorumlu olması demektir. Laterilizasyon deyince bir işlevin

beynin hangi yarımküresinde gerçekleşeceği yani dominansın hangi tarafta olduğu anlaşılır (Madi, 2006).

Son yıllarda kekemelerde konuşmanın beyinde yetersiz lateralize olduğu; her iki hemisferde de temsil edildiği ve bu nedenle konuşmanın kolaylıkla kesilmelere uğrayabileceği ve bunun da kalıtsal olabileceği görüşü ağırlık kazanmaktadır (Öztürk, O.,2004).

Beyin zedelenmelerinin (lesioni cerebrali) konuşma üzerindeki etkisini inceleyen ilk araştırmalardan günümüze kadar olanlar sol yarımküredeki zedelenmelerin belirgin konuşma bozukluklarına sebep olduğunu ortaya koymuştur (D'Ambrosio, 2005).

Pek çok solak veya ambilateral bireyin, nörolojik olarak immatur bireyler arasında olduğu ve böylece linguistik olarak retarde çocuklar olduğu görülmektedir. Sol elini kullanan çocukların sağ ellerini kullanmaları için zorlanması kekemeliğin başlangıcı olarak belirtilmiştir (Öztürk, O.,2004).

Akıcı konuşanlarda, beynin konuşmayla ilgili sol yarım kürenin, konuşma ve dil ile ilgili faaliyetlerde daha aktif olduğu belirtilmiştir (Sommer vd, 2002).

Laterilizasyonla ilgili son çalışmalar, kekeme bireylerde beyin yarım kürelerinin dominansında bir anormallik olduğunu ileri sürmektedir (Moore vd, 1980).

Buna bağlı olarak yapılan araştırmalar kekeme bireylerde, dil ile ilgili faaliyetler sırasında sağ beyin yarımkürede aşırı bir hareketlenme (aktivasyon) olduğunu belirtmektedir. Sonraki çalışmalar da bu görüşü desteklemekte ve kekeme bireylerde akıcı konuşma sırasında sağ yarımkürenin, kekeleme sırasında ise sol yarımkürenin daha aktif olduğunu göstermektedir.

Lateralizasyonla ilgili bir araştırmanın sonucuna göre, 25 kekeleyen çocuk arasında çoğunluk sağ elini kullanmakla birlikte, sol elini kullananların oranı normal popülasyonda olduğundan fazla bulunmuştur (Güray vd, 1986).

1.1.4. Kekemelik ve Cinsiyet

Kekemelik, erkeklerde kızlardan daha fazla görülmektedir. Kekemelikte erkek-kız oranı her çalışmada farklı olarak belirtilse de erkekler arasında daha yaygın olduğu

her çalışmada doğrulanmaktadır(Beech ve Fransella,1971). Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde kekeme bireylerde erkek-kız oranı 4:1'e ulaşır (Yairi ve Ambrose, 1992).

Yapılan başka araştırmalara göre erkek-kadın oranı 2:1, 3:1'den 10:1'e kadar değişir (Yörükoğlu ve Akyıldız, 1971). Bu oranın erkekler lehine fazla oluşunu açıklayan karma teoriler fiziksel ve psikolojik faktörleri birleştirmektedir. Erkeklerin gelişirken stres yaratan durumlardan daha çok etkilendiklerini çünkü kızların çok daha hızlı olgunlaştıklarını öne sürmektedirler(Van Riper,1971).

Kekeme çocuk ve genç bireyler üzerinde yapılan bir araştırma, kekemeliğin diğer bazı bozukluklarla yüksek komorbidite gösterdiğini, erkek çocuk ve genç kekemelerde, kızlara göre bu komorbidite oranının özellikle artikülasyon veya fonolojik bozukluk gibi konuşma bozukluklarında, yüksek olduğu bulunmuştur (Blood vd, 2001).

1.1.5. Kekemelik ve Kalıtım

Çok ilerleme kaydedilmiş olmasına rağmen dili (lisanı) nasıl öğrendiğimizin sırrı daha tam çözülmemişken kekemelik gibi bozuklukların da sebebi doğal olarak henüz tam bilinmemektedir.

Ancak kuşku götürmeyecek şekilde çok etkenli bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Kekemeliğin oluşumunda ailesel genetik bir yatkınlık genellikle kabul edilmektedir. Bazı araştırmalar kekeme çocukların anne ve babalarında obsesif - kompulsif kişilik özelliklerine, hatta nevroza sık rastlandığını belirtmektedir. Ailesel yatkınlığı olan çocuklarda, baskı, düzen, terbiye ve temizlik konularında uygulanan ağır disiplinle kekemelik başlayabilmektedir (Öztürk,O., 2004).

Bozukluğun ailesel olduğunu kanıtlayan aileler ve ikizler üzerinde yapılan araştırmalar vardır (Yairi ve Ambrose, 1992).

Bu rahatsızlığın babadan çocuklarına kalıtım yoluyla geçtiği belirtilmektedir; bu şekilde kız çocuklarında görülme oranı %10 iken erkek çocuklarında %20 olduğu bilinmektedir. Ancak %17-37 arasında kekeme bireylerin tek yumurta ikizlerinde, kekemelik görülmemektedir bu da kalıtımın tek etken olmadığını göstermektedir (D'Ambrosio, 2005).

Ancak aile ve ikiz çalışmalarında, kekeme çocukların akrabaları arasında kekemelik oranının %12- 69 gibi genel topluma göre 2- 3 kat daha fazla oranlarda bildirilmesi, bozukluğun nedenlerini açıklamada kalıtımın etkisi olabileceğini göstermiştir (Atasoy ve Şenol, 1998).

Kekeleyen kişiler soy ağaçlarında, kekelemeyen kişilerden daha çok kekeme olduğunu belirtmektedirler. Soy ağaçlarında birkaç nesil boyunca kekeme görülen ailelere rastlanmaktadır (İnceer ve Kocadere, 1999).

Kekemelerin yakın akrabaları arasında kekemelik görülme olasılığının yaklaşık %50 olması yüksek ailesel sıklığa işaret eder (Kaplan ve Sadock, 2004).

Bir başka araştırmaya göre eğer tek yumurta ikizlerinden biri kekeliyor ise, diğerinin de kekeleme olasılığı %90'ndır. Bu olasılık, çift - yumurta ikizlerinde %20'ye düşer. Sadece kekemelik değil aynı zamanda bu rahatsızlıktaki kendiliğinden (spontaneous) iyileşmenin veya kronik gelişiminin de kalıtımla ilgili olduğu düşünülmektedir (Riva-Pose vd, 2008).

1.1.6. Kekemeliğin Yaygınlığı

Çocuklarda yaygınlık oranı yabancı kaynaklarda %1'dir. Ankara civarı ve kasabalarında ilkökul çocuklarında yapılan bir taramada kekemelik yaygınlığı %1,6 ve %3,1 arasında bulunmuştur (Sercan, 1988).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümünde 452 çocuk arasında kekemelik %4,38 oranında bulunmuştur. Erkeklerde daha yaygındır (Öztürk,O., 2004).

Amerika Birleşik Devletinde 3 milyon kişi, dünyada ise 55 milyon kişinin kekelediği tespit edilmiştir (Büchel ve Sommer, 2004).

1.1.7. Kekemelik ve Zeka

Zeka ve Kekemelik konusunda Mc Dowell(1928) ilk çalışmalardan birini gerçekleştirmiştir. Kekemelerle, kekeme olmayanların zekalarını ve okul başarılarını karşılaştırmış ve arada bir fark bulunmadığını belirtmiştir. Travis(1959), 73 kekeme çocukla yaptığı araştırmanın sonucunda kekeme çocukların ortalama zekalarının

akıcı konuşanlardan anlamlı ölçüde yüksek olduğunu bulmuştur(Beech ve Fransella,1971).

Cebiroğlu 4- 5 yaş arasında 75 kekeme çocuğun zeka düzeylerinin normal olduğunu bildirmiştir (Embiyaoğlu, 1976).

Andrews vd. (1983) tedavi gören kekemelerin zeka ve sosyal sınıflarının ortalamadan yüksek olduğunu bulgulamışlardır. Güray vd., (1986), yaptıkları araştırmada kekeme çocukların zekalarının normal dağılımda, normalüstü yönde sapma gösterdiğini belirtmişlerdir.

Andrews ve Harris (1964)'in iki çalışması, Okasha (1974) ve Schindler (1955)'in çalışmalarında kekemelerin kekeme olmayanlardan anlamlı ölçüde düşük zeka puanı aldıkları saptanmıştır (Bloodstein, 1997).

Bazı araştırmalarda kekeme bireylerin, kekeme olmayan bireylere göre sözel ve sözel olmayan zeka dereceleri hafif oranda düşük ve konuşma gelişimlerinde de gecikme daha fazla bulunmuştur (Andrews vd, 1983).

Düşük zeka düzeyinde kekemeliğin daha yüksek olması, düşük zeka düzeyinin bir risk etmeni olabileceğini düşündürmektedir (Sercan, 1988).

Kekemelik dünyanın her yanında, hemen her kültürde, belirli bir zeka düzeyi, sosyal sınıf, yaş ve cinsiyet farkı tanımadan her durumdaki bireyde görülebilir.

ABD'de farklı üniversitelerde yapılan çalışmalarda, kekeleyenlerin zeka testlerindeki ortalama puanları akıcı konuşan sınıf arkadaşlarından önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Ancak ilkokulda kekeleyen ve kekelemeyen çocukların zeka testi sonuçlarının benzer olduğu görülmüştür. Bu durum kekeleyenlerin bozuk konuşmalarını onaracak üstün zeka düzeyleri yoksa üniversiteye devam etmediklerini düşündürmüştür (İnceer ve Kocadere, 1999).

Kekemelik ve kekemelik şiddetinin, WISC-R testi uygulamasında sözel IQ performansını etkileyip etkilemediği ailelerin ve profesyonellerin merak konusudur.

Kekeme çocuklarda kekemelik şiddeti ve sözel IQ performansı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma sonucuna göre bu iki olgu arasında pozitif veya negatif bir

ilişki bulunamamıştır. Kekemelik şiddeti, sözel IQ, performans IQ ve total IQ skorları ile cinsiyetler arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,005$) (Abalı vd, 2006).

1.2. Kekemelle İlgili Kuramlar

Bir faktöre (kekemelle ilgili veya değil) psikojen veya psikolojik kökenli derken artık dikkat etmeliyiz çünkü nöroloji bilimi öğrenmenin sadece psikolojik kökenli olmadığını, beyinde de ölçülebilir değişimler meydana getirdiğini ortaya koymuştur (Kandel ve O'dell, 1992).

1.2.1. Serebral Kuramı / Nörobiyolojik Mekanizmalar

Travis, "Konuşma Patolojisi" (1931) kitabında kekemeliğe, beynin bir yarısının diğeri üzerinde yeterli baskınlığı olmamasının yol açtığını ileri sürmüştür. Orton (1927) ve Travis (1931) kekeme bireylerde baskın yarımkürenin, diğeri kişilere göre farklı olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu araştırmacılar sözkonusu alandaki çalışmalarını kekemelerin hangi ellerini kullandıklarına yoğunlaştırmışlardır (D'Ambrosio, 2005).

Travis'e göre insan bedeni simetriktir; vücudun bir yarısındaki yapı ve kaslar, vücudun diğeri yarısının kopyasıdır. "Serebral Baskınlık" kuramına göre dilin sol ve sağ yarısı, çene ve diğeri konuşma yapıları motor sinir itkilerini iki yarım küredeki ayrı kaynaklardan almaktadır.

Bu itkiler arasında uyumun olması için bir yarımkürenin baskın olması gerekmektedir. Serebral Baskınlık teorisinde kekemelik dil fonksiyonlarının hemisferik baskınlığının uygun şekilde gelişmemiş olması şeklinde açıklanmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Hemisferik baskınlıktaki anormallik EEG lateralizasyon çalışmalarında da gösterilmiştir (Moore ve Haynes, 1980).

Sonraki araştırmalar kekeme bireylerde normal kontrollerin aksine beyin sağ yarımküresinde, dil ile ilgili faaliyetlerde aşırı bir hareketlenme (activation) saptanmıştır. Braun vd. (1997) bu bulguyu doğrulamışlar ve aynı zamanda gelişimsel kekemelikte, kekeme davranışları sırasında sol yarımkürenin daha aktif olduğunu, ancak sağ yarımkürenin işleyişinin akıcı konuşma sırasında normal olduğunu

bulgulamışlardır. Bu bulgulardan yola çıkarak, bozukluğun öncelikle sol yarımküreden kaynaklı olduğunu; sağ yarım küredeki yoğun hareketliliğin (hyperactivation), kekelemenin sebebi olmaktan çok telafi edici bir mekanizmanın sonucu olduğunu belirtmişlerdir.

Nörokimya, kekemeliğin hareket denetimiyle ilgili yapısal bir ağ olan ‘basal ganglia’ya bağlı diğer bozukluklarla beraber düşünülebileceğini öne sürmüştür. Bazal ganglia, insan önbeynindeki en büyük subtropikal yapıdır ve motor davranış, duygular ve bilişi etkileyen önemli bir rolü vardır. Yapılan çalışmalarda dopamin nörotransmitterdeki bir artış, tekrarlayıcı ve istemsiz beden hareketleri ve seslerle tanımlanan Tourette Sendromu’yla ilişkili bulunmuştur. Tourette Sendromu’nda olduğu gibi, kekemeliğin de antidopamin etkili ilaçlarla iyileştiği görülmüştür.

Dopamin üreten nörotransmitter sistemindeki bir olağanüstü aktivitenin kekelemeye sebep olabileceği öne sürülmüştür (Büchel ve Sommer, 2004).

Mulligan vd. (2003) kekeme bireylerdeki basit ve karmaşık tiklerin basal ganglianın anormal işleyişiyle ilgili bir fizyopatolojiye bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir.

Kekeleyen bireylerin ailelerinde de genel olarak bu rahatsızlık görülse de genetik geçişi gösteren tatmin edici bir model henüz oluşturulamamıştır. Ancak son çalışmalar cinsiyet bağlantılı bir modelin varlığını öne sürmektedir.

1.2.2. Psikanalitik ve Bilişsel - Davranışçı Görüşler

İlk dönemlerde yapılan psikanalitik açıklamaya göre akıcılığı bozulmuş konuşma, erken dönemde bozulmuş anne-çocuk etkileşimini yansıtır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Kekemelik bir belirti değil, konuşma sırasında ortaya çıkan bir inhibisyonudur. Sözel iletişim bozukluğu yaratması nedeniyle kişinin narsistik ve nesne ilişkilerine ilişkin dengelerini bozar. Ortaya çıkabilecek narsistik zedelenmeye bağlı olarak ego sınırlarını ve işleyişini zorlar (Atasoy ve Şenol, 1998).

Kekeleyenlerin genellikle endişeli kişiler olmaları ve sosyal ortamlarda kendilerini rahatsız, aşağı hissetmeleri veya reddedilme beklentisi içinde olmaları, kekemeliğin

nevrotik bir belirti olduğu görüşünü destekler niteliktedir (İnceer ve Kocadere, 1999).

Psikanaliz kekemeliği, kişilik bozukluğunun kısmen konuşma bozukluğuna aksettirildiği bir pregenital konversiyon nevrozu veya narsistik nevroz olarak kabul eder.

Freud, psikodinamik faktörlerin konuşma patolojileri üzerindeki etkilerine dikkat çeken ilk araştırmacıdır. "Günlük Yaşamın Psikopatolojisi"nde (1910) dil sürçmesi veya utanma ile ortaya çıkan ve zaman zaman görülen kekemelik arasında ayırım yapmıştır. Kekemeliği içsel bir çatışmayı aksettiren ve sadece konuşmanın akıcılığını etkileyen, çok da önemli olmayan bir bozukluk olduğunu belirtmiştir. 1913'de Freud, pregenital konversiyonun (astım, tik, kekemelik) bazı sorunlarına değinmiştir. Organ saplantısının önemli olduğunu, libidinal enerjinin bir organda toplanması sonucu ortaya çıktığını, bu organın kekemelikte konuşma aracı olduğunu söylemiştir (akt.Embiyaoğlu, 1976; Freud,1960).

Fenichel (1951), Sicurta ve Barbieri (1951)'e göre kekemelik, pregenital dönemdeki psikoseksüel gelişimin sekteye uğramasıyla açıklanabilir bir nevrozdur ve kekeleme semptomu histerik tipte bir konversiyonun ifadesidir. Psikoanilitik görüşe göre psikoseksüel gelişimin evreleri oral-anal-fallik (evreler) olarak tanımlanır. Bunlar çocuğun vücuttaki zevk (alma) kaynaklarını temsil eder. Kekeme bireyde gelişim genital evreye ulaşmadan, önceki evrelerde kalır.

Konversiyon, duygusal bir gerilimin psişik bir duygulanım (duygu) olarak yaşanması yerine somatik bir semptomla dönüşmesi halidir. Bu kişiye, kaygının kendisinden daha katlanılabilir gözüksüğü gibi, aynı zamanda hasta olduğunu gösterme arzusunu da tatmin eder (Strocchi, 2003).

Diğer nevrozlarda olduğu gibi, konversiyon nevrozlu hastalarda da genel davranış ve düşünsel işlevlerde pek bir bozukluk yoktur, ancak kendileri için rahatsız edici olan çatışmalı olayı ya da duyguyu sözel yoldan kolayca açıklayamazlar. Bunları bilinçdışında bedensel belirtilere dönüştürerek açığa vurmuşlardır. Hastalığın motor belirtileri motor sistemdeki işlev bozukluklarıdır. Bunlar arasında en sık görülenler; Hemipleji, parapleji türünde hareket bozuklukları, bazı ekstremiteelerde alışılmışın dışında kasılma veya kramp halinde görüntüler, tikler, spazmlar, ayakta duramama,

yere basamama, yürüyememe, el kol veya ayak bacak titremeleri, konuşma bozuklukları (tutulma, konuşma biçiminin değişmesi, ses çıkaramama = afoni) (Koptagel, 2000).

Psikojenik kekemelikteki esas sorunun kendini verme kabiliyetindeki eksiklik ve bunun sonucunda da kelimeleri telaffuz edememek olması muhtemeldir. Konuşma gereksinimi ile kelimeleri dışarı çıkarma gücünün çatışma oluşturmakta bunun sonucunda ise bloklar ve konuşmada tekrarlar ortaya çıkmaktadır(Eisenson,1956).

Sonraki dönemlerde davranışçı yönelimli psikolojik modeller, kekemeliği klasik ve edimsel koşullanmayla açıklamışlardır. Birçok davranışçı yönelimli araştırmacı, geçici kekemelikle sonuçlanan çocuğun konuşma akıcılığındaki bozulmaları devamlı olmayan pekiştirmelere uğratan edimsel koşullanma modeli ile açıklamaktadır.

Ayrıca bireyin konuşmadaki akış gücüne yanıtı, tekrarlamalar, ses uzatmalar ve çarpıtma durumlarını sonlandırma girişimleri, klasik koşullanma ile açıklanmaktadır.

Semantojenik-anlam verme-modeli ise kekemeliğin, çocuğun normal akıştaki güçlüklerini, ailelerin kekemelik olarak tanımlamalarından kaynaklandığını ileri sürer (Kaplan ve Sadock, 2004).

1.3. Kaygı (Anksiyete)

Anksiyete sözcüğü Latince' de "dar geçit" anlamına gelen "angustiae" sözcüğünden kaynaklanır ve korku, kaygı, sıkıntı (bunalıtı) duygularını içeren bir anlam taşır.

Gerçek korku, dıştan gelen, kişinin varoluşunu huzurunu bozan, bozacağı bilenen gerçek bir tehlikeye zarara karşı içgüdüsel doğal ve mantıklı bir tepki, kişinin kendini koruma dürtülerini harekete geçiren bir duygudur.

Kendi için tehlikeli olan ve korku uyandıran her olay ve uyarı karşısında organizmanın ilk tepkisi savaşıma ve kaçmadır (fight or flight reaction).

Eğer kendi gücü bu tehlikeyi alt etmeye yetecekse, onunla mücadele etmeyi, eğer yetmeyecekse kaçma davranışını tercih eder.

Gerçekte korkulacak hiçbir durum olmadığı halde kişinin korku duyması, kaygılı olması ise anksiyetedir. Anksiyete durumunda da, organizma gerçek korkudaki gibi

ruhsal ve fiziksel olarak kaçma veya savaşma tepkisine uyan bir duruma geçer, gerginleşir ve buna uyan ruhsal ve fiziksel tepkiler verir (Koptagel, 2000).

Anksiyete bozukluklarının psikodinamik yönleriyle ilk olarak Pierre Janet ilgilenmiştir. Janet' e göre tüm insanlar sensorimotor, bilişsel, emosyonel ve iradevi ruhsal işlevler spektrumunun hepsinin birlikte tutulmasıyla görevli, genetik olarak belirlenmiş, psikolojik bir enerjiye sahiptir. Normal bir insanda bilinçdışı bir süreç yoktur. Oysa yetersiz ruhsal enerjiyle donatılmış bireylerde ve bu enerji kuantumu emosyonel olarak travmatik bir stresten dolayı kritik bir seviyenin altına düşmüş olanlarda, özgül ruhsal işlevler egonun kontrolünden kaçarak "dissosiyasyon" hale gelirler ve anksiyete bozukluklarına sebep olurlar (Kaplan ve Sadock, 2004).

Kaygıya ilk kapsamlı tanımlamalar psikoanalitik ekolün katkısı ile gerçekleşmiştir. Psikoanalitik kurama göre anksiyete, iç psikolojik dengenin bozulmasının bir işaretidir. İçerden gelen bir tehlike karşısında söz konusu durumu karşılama ya da ondan kaçınmak üzere, egoyu savunma önlemlerine başvurması yönünde uyarıcı bir anksiyete ortaya çıkmaktadır. Savunmalar başarılı olursa psikolojik denge yeniden kurulur. Savunma mekanizmaları devreye girmediğinde ya da yeteri kadar etkili olmadığında ise, anksiyete sinyal olarak işlev gördüğü düşük düzeyin üstüne çıkarsa, yaygın anksiyete ya da panik nöbetleri biçimini alabilmektedir (Bernstein, 1991).

Freud'un kendi değişiyle "anksiyete doğum sürecinden örneklenir." Doğum eyleminde hoş olmayan duyguların, boşalma dürtülerinin ve bedensel duyularının bir birleşiminin ortaya çıktığına ve bunun da ölümcül tehlikenin (doğum anındaki) sonuçlarının bir prototipine dönüşerek o günden sonra kaygı durumu olarak tekrarlandığı görüşünü ileri sürer.

Freud kaygıyı "nevrotik kaygı", "gerçeklik kaygısı" ve "ahlaksal kaygı" olarak üçe ayırır. Gerçeklik kaygısı: Ussal ve anlaşılır bir şey olarak dikkati çeker. Bu, bir dış tehlikenin - yani beklenen ve önceden görülen bir yaralanmanın - algılanışına yönelik bir tepkidir. Kaygının hangi durumlarda ortaya çıkacağı büyük ölçüde kişinin bilgi düzeyine ve dış dünya karşısındaki güç duygusuna bağlı olacaktır.

Ahlaksal Kaygı: Egoda suçluluk ya da utanç duygusu yaratır. Özellikle süperegonun vicdan diye bilinen bölümünün tehlikeli saydığı durumlarda ortaya çıkar. Ana-baba

otoritesinin içerikleşmiş bir ögesi olan vicdan, benlik ülküsü kusursuzluğa yönelik beklentilerine uygun düşmeyen düşünce ve eylemlerinden ötürü egoyu cezalandırmakla tehdit eder. Ahlaksal kaygının kökeninde çocukluk yıllarındaki cezalandırıcı ana-baba ile simgelenen nesnel ve gerçek bir korku bulunur (Freud, 1994).

Nevrotik Kaygı: İçgüdülerden gelen tehlikenin algılanması ile ortaya çıkar. Bu, ego içgüdülerin birden boşalma istemlerini engelleyemezse sonucun ne olabileceği korkusudur. Nevrotik kaygıda kişi bu duygusunun (anksiyetenin) kaynağının farkında değildir. Böyle bir duyguyu neden yaşadığını bilemez. Normal koşullarda egonun savunma mekanizmaları, topluma aykırı düşen ve anksiyete yaratabilecek nitelikteki dürtüleri baskıya alarak bilinçdışında tutar. Eğer bu mekanizmaların işlevlerinde bir bozulma olursa, bunları çalıştıran enerji kaygıya dönüşür (Geçtan, 1990).

Çocuklukta görülen ruhsal bozuklukların erişkinliğe yansımaları ile ilgili olarak yapılan uzunlamasına izleme çalışmalarında da çocukluk çağında rastlanılan nevroitik belirtiler arasında özellikle bunaltı bozukluklarının (ayrılma bunaltısı, okul korkusu v.b.) yetişkin yaşamdaki sosyal korkular, agorafobi, panik atakları gibi günümüzün sık rastlanılan ruhsal bozukluklarına dönüştüğü veya bunların öncüleri olduğu kanısına varılmıştır.

Çocuğun yakından bağlı ve bağımlı olduğu kişiden ayrılma kaygısı 1-3 yaşları arasında sıklıkla görülür. Bu tür korkular çocuk dar aile çevresinden çıkabilmeyi, başkaları ile ilişki kurmayı öğrendikçe geçer. Ancak bu yaşlarda ve genellikle daha geç yaşlarda çocuklarda ayrılma bunaltısı hem şiddet ve süreklilik hem çocuğun uyumunu bozması bakımından rahatsızlık verici olabilir (Öztürk,O.,2004).

Psikodinamik formülasyona göre ayrılık kaygısı yaşayan latens çocukları (5- 13 yaş arası) yaşitlarının okul öncesinde çözümlediği obje kaybı ve ayrılık kaygısı ile baş etmek zorunda kalır. Bu durum, çocuklarda utanç ve rahatsızlığa yol açar. Bu durumda çocuklar problemlerini baskı yoluyla bilinçten uzaklaştırırlar ya da inkar ve minimize etme yoluna giderler. Bu çocuklar da yaşa uygun gerçeği değerlendirme yetisine, impuls kontrolüne sahiptirler. Ancak hem kendilerinde hem de ebeveynlerinde bağımlı kişilik sözkonusudur.

Normal latens çocuğunun sadistik süper egosuna karşın bu çocuklarda kendilerini cezalandırıcı katı süper ego söz konusudur. Yaralanma, soygun korkusu, büyük felaketlerle aşırı uğraşma hem çocuğun ebeveynine olan hostile arzularının projeksiyonu, hem de kendinin bilinçdışı cezalanma arzularını yansıtmaktadır. Bu çocuklar otorite figürü ile ilişkide aşırı duyarlıdırlar, eleştirel tutumdan abartılı rahatsızlık duyarlar (Otorite figürünün eleştirel tutumu onların bilinçdışı kendilerini kötü algılamalarının onaydır).

Gelişim etaplarına göre kaygılar da farklılaşır. Okul çocuğunda, kendi süperegosu tarafından onaylanma, önemli erişkinler ve yaşlılar tarafından onaylanma kaygısı ön plandadır. Çocukluk çağındaki yaygın korku ve fobiler yaşla birlikte azalır. Ayrıca bazı araştırmacılar çocuklarda kaygı ve depresif mood ayrımının zor olduğunu belirtmişlerdir (Mukaddes, 2001).

Analitik görüş bize kaygı duymayan çocuk olmadığını, yani çeşitli kaygı türlerinin çeşitli gelişim evrelerinin yan belirtileri olduğunu öğretir. Ayrılık kaygısı anneyle çocuk arasındaki biyolojik birlik evresine, sevgi yitimi korkusu sabit nesne ilişkilerine, hadım edilme kaygısı Oidipus kompleksine, suçluluk duygusu üst ben oluşumu evresine denk düşer. Burada önemli olan kaygıyla baş edebilme yetisidir. Ortalama düzeyde bir kaygıyı bile katlanılmaz bulan çocukların diğerlerine oranla, nevrotik bozukluklar yaşamaları daha muhtemeldir. Bunların beni her türlü iç ve dış tehlikenin varlığını, yani her türlü kaygı kaynağını reddetmek ve bastırmak; yeniden daha büyük kaygılar haline gelip kendilerine geri dönecek olan bütün iç kaygıları dış çevreye yansıtmak, ya da bütün tehlike ve kaygı ihtimallerinden fobik şekilde kaçınmak gereksinimi içindedir (Freud, A.,2000).

Bilişsel görüşe göre kaygı bir düşünce bozukluğudur. Anksiyete hastası, akılcı düşünmeyi bozarak kendine özgü kılar. Nevrotik Kaygı'daki karakteristik belirtiler şöyledir:

1. Tehlike ile ilgili tekrar eden düşünceler. Hasta zararlı olayların olacağıyla ilgili görsel ve sözel kavramlara sahiptir.
2. "Akli denge" korku dolu düşüncelerle azalır: Hasta düşüncelerinin mantıklı olmadığını konusunda şüphe duyabilir, fakat olayları doğru değerlendirme kapasitesini yitirmiştir.

3. Genelleme dürtüsü: Hasta, anksiyeteyi uyaran dürtüleri arttıkça duyduğu her sesi, çevresinde meydana gelen en ufak bir değişikliği ve hareketi tehlike olarak algılamaktadır.

Ansiyete yaşandığı sırada, kelimelerin düğümlenmesi, kısa süreli hatırlamalar gibi bazı karakteristik özellikler, dikkatin toplanamamasıyla açıklanmaktadır. Anksiyetesi olan kişi, yapması gereken acil bir iş üzerinde yoğunlaşma gücünü kaybettiği zaman (örneğin; sınava girme, bir konuşma yapma gibi) dikkatinin uzun süre bir obje veya konuya odaklanamayacak olduğunu tasavvur eder. Dolayısıyla hastanın ilgisiz uyarılarla kolayca şaşırılması, onun dikkat dağınıklığına bağlıdır.

Ancak yeni araştırmalar bunun sebebinin dikkatin istem dışı olarak belli bir noktaya saplanmış olmasıyla açıklamaktadır.

Diğer bir deyişle, dikkatinin çoğu tehlikeyle ilgili kavram ve uyarılara takılıp kaldığı için, dış uyarılara kendini ayarlama kabiliyetinin büyük bir bölümünü kaybetmektedir.

Ayrıca yine bilişsel görüşe göre çocuklar zaman içinde çeşitli etkileşimlerle şemalar geliştirmektedirler. Bu şemalar onların davranışlarını belirlemektedir. Bu şemaların bozulmasının kaygıya yol açtığı belirtilmektedir (Beck, 2005).

Kekemelik konusunda kaygıyı sebep olarak gösteren araştırmalar vardır. Bazı araştırma sonuçlarına göre ise kaygı, kekemeliği hızlandırıcı, kötüleştirici ve tekrarlamasına sebep olan bir unsurdur.

Johnson(1963) 'un teorisine göre kekeme olarak belenmiş çocuk daha kaygılı olacak ve dikkati konuşmasına odaklı olduğundan konuşurken daha fazla hata yapacaktır. Bunun ardında yatan sebep ana-babanın doğru konuşmaya gereğinden fazla önem vermeleri, küçük hatalar üzerinde fazlaca durmaları ve bunu çocuğa yansıtmasıdır.

Sheehan'ın teorisi kekemenin kekeleyeceğini önceden kestirmesi ve bundan dolayı kendini konuşmaya hazırlarken yaşadığı kaygının kekemeliğe sebep olduğu üzerine kuruludur. Bu teori stres veya daha önce zorluk yaşanan kelime veya olaylarla ilgili anıların kekemeliği arttırdığını kaygıyı azaltan durumların ise kekemeliği azalttığını savunur.

Sheehan'a göre kekemelikte çatışma konuşmakla konuşmamak arasındadır. Kekeme konuşmak ister fakat utanır; sessiz kalmak ister ancak huzursuzluk ve bunun sonucunda da suçluluk hisseder. Kekemelikte korku akıcılık kusurunu gizleme girişiminden kaynaklanmaktadır(Sheehan,1968).

Deneysel araştırmalar çoğunlukla kaygı ve kekemelik arasında pozitif bir ilişki kurmuşlardır. Anksiyete kekeme kişilerde tipik bir duygusal tepkidir. Buna karşın, normal konuşan kişilerden daha fazla kaygı duyduklarını kanıtlayamayan çalışmalar da vardır (Vinacour ve Levin, 2004).

1.4. Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozuklukları)

DSM-IV-TR sosyal fobi için şu tanımlayıcı kriterleri sunmaktadır:

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir).Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, sadece erişkinlerle olan etkileşimlerinde değil, yaşlılarıyla karşılaştığı ortamlarda da ortaya çıkmalıdır.

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir Panik Atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma ya da tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurabilir.

C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. (NOT: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir).

D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini,

mesleki(ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn; kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn; Agorafobi ile Birlikte ya da Olmadan Panik Bozukluğu, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Yaygın Gelişimsel Bozukluk ya da Şizoid Kişilik Bozukluğu).

H. Genel tıbbi bir durum ya da başka mental bir bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir, örn; korku, Kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da Anoreksiya Nervosa ya da Bulimia Nervozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

Varsa Belirtiniz:

Yaygın korkular çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa (örn. söyleşileri başlatma ve sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme). Not: Çekingen Kişilik Bozukluğu ek tanısı koymayı düşününüz.

DSM-IV-TR kriterlerinde belirtildiği gibi sosyal fobi veya sosyal anksiyete bozukluğu yabancılar ile temas ve inceleme, dikkatle bakma gibi durumları da içeren sosyal durumlardan korkudur. Sosyal fobili bireyler kendilerini sosyal durumlarda utandırmaktan; sosyal toplantılarda, sözel sunumlarda veya yeni insanlarla tanıştıklarında utandırmaktan korkarlar. Sıradan aktiviteler yaparken örneğin yazı yazarken, yemek yerken, başkaları ile karşılıklı konuşurken bu durumlara özgü korkuları olabileceği gibi, kendilerini utandıracak olmak gibi belirsiz bir korku yaşayabilirler. Birçok sosyal durumdan korkan sosyal fobili bireyin yaygın sosyal fobik olduğu kabul edilir. Bu bireyler konuşmaya başlamada, zamanlamada, grup aktiviteleri veya sosyal toplantılara katılmakta, otorite figürleri ile konuşmakta sorun yaşarlar(Demir,1997).

Tanı sınıflandırma sistemleri dışında sosyal fobiyi tanımlamayla ilgili ek çalışmalar yapılmıştır. Örneğin Dünya Psikiyatri Birliği Sosyal Fobi Çalışma Grubu, sosyal fobinin temel özelliklerini üç boyutta toplamaktadır (Yolaç, 2000).

1. Sosyal bağlamlarda diğerk kişiler tarafından incelenme ve yargılanma korkusu
2. Küçük düşme, utanç duyma olasılığı olan koşullarda belirgin ve sürekli performans korkusu
3. Korku duyulan koşullardan kaçma.

Bu korkulan koşullardan en sık rastlananlar şöyledir:

1. Başkalarına tanıştırılma
2. Yetkili kişilerle tanıştırılma
3. Telefon kullanma
4. Misafir kabul etme
5. Bir işi yaparken izlenme
6. Şaka yapılma
7. Tanıdıklarla birlikte yemek yeme
8. Restoranda yemek yeme
9. Başkalarının önünde yazı yazma
10. Umumi tuvaletleri kullanma
11. Topluluk karşısında konuşma
12. Alışveriş yapma

Psikodinamik modelde ‘bağlanma varsayımı’na göre bakım veren kişi ile olan erken yaşantılar 'nesne ilişkileri' şeklinde içselleştirilir. Çocuk, ilk kendine bakım veren kişiyle ilişkisini içselleştirir. Erken ilişkilerin kalitesi ve sürekliliği nesne ilişkilerinin temelini oluşturur. Bunlar kişide başkalarının davranış ve tutumları ile ilgili beklentileri oluşturur. Sürekli ve doyum sağlayıcı nesne ilişkileri tehlikelere karşı güven ve emniyet duygusunun gelişmesini sağlar. Edinilen bulgulara göre bebeğin annenin ya da anne yerine geçen kişiyle içgüdülerinin doyurulduğu bir ilişki içinde olması sağlıklı ego gelişimi için çok önemlidir. Nesne ilişkilerindeki bozukluk kişisel güvenliği sarsar ve anksiyeteye yatkınlığı artırır(Geçtan,1990).

Karen Horney(1996)'e göre anksiyetenin kaynağı erken dönem ilişkilerindeki bozukluktan gelmektedir. Anksiyete erken dönemde yetersiz bakım veren ebeveyne karşı bağımlılık ile düşmanca duygular arasındaki çatışmayla açıklanmaktadır.

Şartlanma modeline göre bir veya daha fazla travmatik şartlandırıcı yaşantının sonucu olarak sosyal fobi gelişebileceği önemli bir varsayımdır. Doğrudan travmatik şartlanmada sosyal fobili olanlar fobilerinin kaynağını oluşturan yaşantıları belleğe geri çağırabilirler. Gözlemsel veya vekaleten (observational or vicarious) şartlanmada belirli bir durum veya nesne karşısında bir başkasının korkusunun gözlenmesi korku veya fobi şartlanması için yeterli olmaktadır (akt.Dilbaz, 1997).

Sosyal fobili kişilerin bilişsel çarpıtmaları kısaca şu başlıklar altında toplanabilir:

- a) Tehdit edici sosyal durumların olasılığını abartma
- b) Olumsuz sosyal yargı sonucu aşığılanma ve red inancı
- c) Kaygısız performans beklentisi
- d) Katı mükemmelliyetçi kurallara bağılı gerçekdışı üstün performans beklentisi
- e) Uygunsuz sosyal davranışları olduğuna dair katı bir inanç
- f) Davranışlarının izlendiğı duygusu
- g) Başkalarına göre, kendini daha az yeterli ve yetkin hissetme; düşük benlik saygısı (Foa vd, 2000).

Çocukluk ve ergenlik dönemi kaçınma bozukluğu ilk kez DSM III'te "Çocukluk ve Ergenlik Dönemindeki Anksiyete Bozuklukları" bölümünde yer almıştır. Gerekli özellik, yabancılarla karşılaşıldığında yoğun korku ve kaçınma ile birlikte yaşıt ilişkilerinde belirgin bozulma içermesidir.

Sosyal fobi, sosyal ortamlarda çocuğun aşırı bir kaygı ve sıkıntı duymasdır. Özellikle yaşıtlarıyla ve arkadaş gruplarıyla olan ilişkilerde gruba girememe, arkadaşlığı başlatamama, sürdürememe veya o grupta rahat hareket edememe durumu söz konusudur. Bunun da temel nedeni yanlış, hatalı davranıp, küçük düşme ve olay edilme korkusudur(Kaplan ve Sadock, 2004).

Sosyal fobisi olan çocukların yapmaktan kaçınacakları davranışlar şöyle sıralanabilir: (Öztürk,M., 2006).

- Sınıfta yüksek sesle bir şey okuma,
- Sanatsal veya sportif bir faaliyete katılma,
- Bir konuşmaya katılma veya bir konuşma başlatma,
- Yetişkinlerle konuşma ve ilişki kurma,
- Tahtaya yazı yazma,
- Sınav endişesi,
- Diğer çocuklarla oyun oynama veya beraber bir faaliyette bulunma,
- Sınıfta kendisine yöneltilen bir soruyu cevaplama,
- Umumi tuvaletleri kullanma
- Telefonda konuşma
- Başka insanların önünde yemek yeme,
- Bir başkasından veya öğretmenden yardım isteme,
- Konuşurken göz kontağı kurma,
- Yeni şeyler deneme,
- Otorite sahibi bireyle konuşma (öğretmen vs.)

Çocuklarda sosyal ve performans kaygısı, olumsuz değerlendirilme korkusu ve sosyal stres ile açıklanır. Sosyal ve performans kaygısının fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşenlerinin olduğu konusunda yaygın bir düşünce vardır.

Bilişsel modelde sosyal fobi, kişinin korkulan durumla karşılaştığında sosyal biri olarak kendisi ve/veya sosyal performansıyla ilgili katı kurallarına ilişkin inanç ve tutumlarının harekete geçmesidir. İnançlarından bazıları şöyle sıralanabilir: "Aptalım","Sıkıcıyım","Anormal biriyim" ya da "Eğer kaygılı olduğumu insanlar anlarsa bana güvenmezler", "Asla kaygılı olmamalıyım, hep akıllı görünmeliyim" gibi inançlar harekete geçip sosyal performansla ilgili olumsuz otomatik düşünceleri harekete geçirirler ve böylece kişinin dikkati de başka bir yöne odaklanır. Dikkat

kendi duygularına, nasıl dışa yansıdıklarına ve başkaları üzerinde nasıl bir intiba bıraktıklarına odaklıdır(Wells, 2006).

Bilişsel özelliklerden bazıları şöyledir(La Greca & Stone, 1993):

- Zarar göreceği kaygısı,
- Korkutulacağı düşüncesi,
- Aptal gibi görüleceği düşüncesi,
- Kendini onaylamayan (kabul etmeyici) düşünceler,
- Yetersizlik düşünceleri,
- Konsantrasyon zorlanması,
- Olumsuz değerlendirilme düşüncesi,
- Arkadaşsız kalacağı düşünceleri,
- Kötü sonuçlar olacağı düşünceleri,

DSM IV kekemeliği sosyal fobiden dışlamaktadır. Kekemelik ve sosyal fobi ile ilgili kontrollü araştırmaların bazılarında göre kekeme bireylerde sosyal fobiklere göre daha az sosyal çekinme ve olumsuz değerlendirilme korkusu, daha az sosyal fobi ve agorafobi semptomları vardır. Ancak genel anksiyete düzeyi bakımından sosyal fobiklerle kekemeler arasında bir fark bulunmamaktadır(Mahr ve Torosian,1999).

1.5. IQ- Zeka

IQ (Intelligence Quotient) çocuğun zeka yaşının takvim yaşına bölümünün 100 ile çarpımı sonucu elde edilir (zeka yaşı / takvim yaşı x 100 =IQ)

Zeka, zihnin öğrenme, öğrenilenden yararlanabilme, yeni durumlara uyabilme ve yeni çözüm yolları bulabilme yeteneğidir.

Sayılar, düşünceler ve olaylar arasında bağlantı kurabilmeyi, oradan da yeni bir sonuca gitmeyi gerektirir. Zeka, zihnin bütün işlevlerini kapsayan bir genel güçtür (Yörükoğlu, 1993).

Jean Piaget bilişsel işleyişi, biyolojik işleyişin temel değişkenleriyle özdeşleştirerek açıklamıştır. Bilişsel işleyişin başlıca özelliklerini açıklarken, zekanın öncelikle biyolojik faaliyetin özel bir biçimi olduğunu ileri sürmüştür. Zeka bu yönüyle kalıtsaldır. Kalıtsal olarak edindiğimiz bilişsel yapılar çevrenin etkisiyle tam olarak oluşurlar. Zekanın işleyişiyle bir şekle giren kalıtımsal özellikler bütün bir ömür boyu devam eder; zeka salt doğuştan gelen yapısal faktörlerden oluşmuş değildir, zaman içinde oluşur.

Zekanın işleyişinde değişmeyen özelliklerden biri örgütlenme (organizasyon), diğeri ise uyum (adaptation) dur. Bunlar zekanın özünü oluşturur. Her canlı çevresine uyum sağlar ve kendinde bu uyumu mümkün kılan örgütlenme (organizational) özelliklerini taşır. Uyum sağlamanın da iki alt işlevi vardır: Özümleme (assimilation) ve uyma (accomodation). Biyolojiden ödünç alınan bu kavramlardan 'özümleme'; çevreden alınan unsurların artık kendi özelliklerini kaybederek o organizmanın bir parçası olmasıdır. 'Uyma' ise dışardan gelen ve uyum sağlamaya çalışan nesneye göre organizmanın kendini ayarlamasıdır (Flavell, 1963).

Piaget'nin Zihin Gelişim Kuramı'nda 'Özümleme', kişinin yeni deneyimlerini kendi bilgi sisteminden geçirerek almasıdır. 'Uyarlama' kişinin kendi bilgi sisteminin çevrenin gerçeklik isteklerine uyumu şeklinde tanımlanır. Bu iki süreç birlikte şemaları oluşturur. Şema çocuğun çevresiyle etkileştikçe geliştirdiği davranış ve düşünce kalıplarıdır (Bacanlı, 2003).

Alfred Binet, zekayı ölçülebilir bir genel bilişsel yetkinlik olarak değerlendirmiştir. 20. yüzyılın başlarında Charles Spearman genel muhakeme yeterliliği kavramı üzerinde durmuştur. Ancak Spearman'ın görüşüne göre zeka testi hem genel hem de bilgiye dayanmalıydı.

Günümüzdeki pek çok zeka testi Binet ve Spearman'ın zeka kavramları üzerine kurulmuştur. Örneğin sözel ve performans alt testlerinden oluşan Wechsler Zeka Testi, Binet'nin zekaya bütüncül bakışını yansıtır.

Sonrasında ise okul hayatında kullanılan zeka becerilerinin bütün insan zekasını tam olarak açıklayamadığı ve zeka tanımının sınırlarının genişletilmesi üzerinde durulmuştur. Piaget'nin bilişsel teorisine uygun olarak zekanın bulunduğumuz duruma uyum sağlamamızı sağlayan unsur olduğu görüşü önem kazanmıştır.

'Akademik Zeka' ile 'Pratik Zeka' ayırımı yapılmıştır. Ancak bunlar arasındaki bağlantı tam olarak açıklanamamıştır. Gardner araştırmalarına dayanarak yedi farklı zekadan bahseder: Dil, Mantıksal-Matematiksel, Mekansal, Müzik, Kinestetik (hareket), Kişisel, Kişilerarası Zeka.

Gardner gelişimde çevresel ve eğitimin de önemine değinmiştir. IQ farklılıklarında hem biyolojik hem de çevresel faktörler önemlidir. Bir görüşe göre genler zekanın al ve üst limitlerini belirlerken çev. vd., resel faktörler zekanın bu limitler arasında hangi noktada olacağını belirler(De Hart vd, 2000).

IQ testlerinde kültür faktörü de önemlidir. IQ testleri genel olarak belli bir kültürün ürünüdür ve bu kültürün bilgisine sahip olup olmamak test sonucunu etkiler. Zekayı kültürel çelişkilerden arındırmak üzere kültürel öğelerden bağımsız olan veya her kültür için uygun olabilen IQ testleri hazırlanmıştır. Örneğin Catell Zeka Testi (Cattell Culture Fair Intelligence Test, 2A, 2B) kültürden bağımsız bir testtir. Grup olarak uygulanabilir bir performans testidir (Öner, 2006).

1.6. 8-12 Yaş Psikososyal Çocuk Gelişimi

Normal ya da anormal kişilik oluşumunun gerçek temelleri çocukluk çağında atılır. Ancak sonraki dönemlerde karşılaşılan ve çözülen sorunların da kişiliğin gelişmesinde, sağlıklı veya sağlıksız uyum yapmasında önemi vardır.

Freud'un ruhsal-cinsel (psikoseksüel) gelişme kuramına göre çocukta 6-7 yaşlarından 12-15 yaşlarına yani ergenlik çağına dek olan dönem 'gizlilik dönemi' (latency stage) olarak bilinir. Bu dönemde, Freud'un kuramında adlandırdığı oral, anal, fallik dönemlere has ruhsal-cinsel çalkantılar, çatışmalar uyuklama durumuna geçer. Kişiliği belirleyen temel yapılar (id, ego, süper ego) ve bunlar arasındaki ilişkiler 5 yaşına kadar oluşmuştur. Bundan sonraki beş- altı sene sakin geçecektir. Bu sakin dönem, ergenlikte oluşacak karmaşaya, bocalamalara bir hazırlık gibidir. 'Gizlilik Dönemi' bu manada psikoseksüel gelişim dönemlerinden biri değildir (Öztürk, O.,2004; Schultz ve Schultz, 2000).

Gelişmeyi insan yaşamının tümünü kapsayan bir süreç olarak gören Erikson' un 'İnsanın Sekiz Evresi' başlığı ile geliştirdiği kuramındaki 'Çalışma ve Yapıcılık' kavramlarıyla açıkladığı evre, Freud'un 'Gizlilik Dönemi'ne tekabül eder. Yaklaşık 6-

12 yaş arsına denk gelen bu dönem, çocuğun ruhsal dünyası ile gerçek yaşama girdiği dönemdir. Bir önceki 'girişim' duygusuyla açıklanan, çocuğun anne babasına özendiği ve bu doğrultuda emeller beslediği dönemden başka bir döneme geçilmektedir. Artık ana-baba olma erekleri bırakılır. Çocuk, ana- baba olabilmek için üretici bir çalışma ile kendine bir yer kazanması gerektiğini öğrenir (Öztürk,O., 2004).

Çocuk gerek evde gerek okulda çalışmayı, çalışma alışkanlıklarını edinmeyi öğrenir ve bunların sonucunda ödül alındığını görür ve başarıdan dolayı alınan hazzı yaşar. Burada da yine velilerin ve öğretmenlerin tutumları, çocuğun yeteneklerinin ne şekilde değerlendirildiği, çocuğun kendini nasıl algıladığını belirleyecektir. Eğer çocuk bu yeni sosyal dünyaya uyum sağlayamazsa, çevre tarafından azarlanır, dışlanır veya alay edilirse yetersizlik veya aşağılık duyguları geliştirecektir. Diğer yandan eğer ödüllendirilirse becerilerine ve yeterliliğine olan inancı gelişecektir. Erikson' un kuramına göre yaklaşık 12 yaşa kadar geçirilen gelişim evrelerinde, çocuğun kendi kendine ne yaptığından çok ona karşı diğerlerinin tutumları belirleyici olmaktadır (Schultz ve Schultz, 2000).

Bu dönem, çocuğun okulda aile içinde olduğu gibi tek ilgi merkezi olamayacağını, başka çocuklarla öğretmenin ilgisini paylaşmak zorunda olduğunu anladığı dönemdir. Eğer bu dönemde kardeş kıskançlıkları gibi huzursuzluklar veya duyarsız öğretmenlerin zedeleyici tutumları gibi problemlerle karşılaşırsa aşağılık kompleksi kendini gösterebilir. Kekeleme, tik, bakışları kaçırma, ürkek bakışlar gibi özellikler çocukta görülebilir(Uluğ,2007).

Çocuğun bu yaşlarda algı, yönelim, bellek gibi bilişsel yetileri giderek gerçeğe daha uygun değerlendirmeler yapabilecek düzeye gelir. Bilişsel yetilerde ve düşüncede büyüsel, animistik, dürtüsel özelliklerin azaldığı, zaman ve uzay kavramlarının, neden-sonuç bağlantısının gerçeğe yakınlığı, soyutlama, kavramsallaştırma ve genelleme yetilerinin geliştiği görülür. Çocuğun öğrenme merakının artık toplumsal beklentilere uygun öğrenme alanlarına (örn; okul) yoğunlaşması beklenir. Çocuk yetişkin yaşama geçiş için beceriler kazanma yolunda çabalar geliştirmektedir. Oyun etkinlikleri çocukluk düşlemlerinden sıyrılıp beceriler ve başarılar kazanmaya yönelik eylemlere dönüşmektedir (Öztürk,O., 2004).

Okul çağındaki çocuklar bilişsel açıdan kendi başarı ve başarısızlıklarına ilişkin açıklamalar yapabilecek olgunluktadır. Başarı yönelimli ve özsaygısı yüksek çocuklar, başarılarını yetenek gibi kalıcı, başarısızlıklarını çaba yetersizliği veya sınavın zorluğu gibi değişen ve kontrol edilebilen özelliklere yüklemektedirler. Çabaları ve başarıları arasında gerçekçi ilişkiler kurabildikleri yaşantılardan geçmemiş olan öğrenilmiş çaresizlik (learned helplessness) geliştirmiş ve özsaygıları düşük çocuklar ise başarı ve başarısızlık durumlarını doğru muhakeme edemez, performanslarını doğru değerlendiremez duruma gelebilirler(Aydın,2005).

Bu yaş grubu çocukların kendilik gelişimiyle ilgili özelliklerinden biri, kendilerini daha çok yetenek ve yeterlilik gibi içsel özelliklerle tanımlamalarıdır. Diğer ise kendi görüş ve yeteneklerini başkalarınınkiyle karşılaştırmalarıdır. Diğerinin bakış açısını dikkate almayla beraber arkadaşlık anlayışı da değişir. Başkalarının duygularını da değerlendirebildikleri için arkadaşlıkta karşılıklı davranma (kıyas) ve güven kavramı önem kazanır. Çocuklar birbirlerinin karşılıklı olarak hareketlerini değerlendirdiklerinin de farkındadırlar.

Çocuğun sosyal davranışları ve sosyal becerilerinde en önemli faktör olarak ana-baba tutumları görülmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre dört tip çocuk ayırt edilmiştir; popüler çocuklar, saldırganlıkları veya çekingenlikleri nedeniyle reddedilen çocuklar, hem sevilen hem de sevilmeyen çocuklar ve arkadaşları tarafından pek tercih edilmeyen, unutulmuş çocuklar. Çocukların bunlardan hangisine dahil olduğunu belirleyen en önemli faktör olarak da ana-baba tutumları belirlenmiştir (Sayıl, 1997).

1.7. Amaç

Ses, hece, sözcük tekrarları ve uzatmaları, duraklamalar, konuşmaya başlamada zorluk gibi belirtilerle konuşmanın akıcılığı ve ritminde meydana gelen bozukluklar 'kekemelik' olarak tanımlanır (Erdebil vd., 2008)

Kekemelik DSM III-R' de diğer psikiyatrik sendromlarla birlikte Eksen I de kodlanmıştır.

Konuşma ve dil patolojileri kekemeliğin DSM sınıflama sisteminde olmaması gerektiği görüşündedirler. ICD-10 kekemeliği sıklıkla çocukluk ve ergenlikte başlayan diğer davranışsal ve duygusal bozukluklar içinde sınıflandırmaktadır. DSM

IV TR kekemelik tanı ölçütleri bakımından ICD-10 ile benzese de farklılıklar da içermektedir. Kekemeliğin sınıflandırılmasındaki farklar onun gerçek doğası hakkında çok kesin bir görüş birliğinin olmadığını göstermektedir.

Kekemeliğin bir konuşma sorunu mu yoksa klinik bir durum mu olduğu tartışma konusudur.

Araştırmamızın bir bölümünde 8- 12 yaş çocuklarında kekemeliğin özellikle sosyal kaygı ve sosyal fobi ile olan ilişkisi incelenecektir. Araştırma sonucunun kekemeliğin sadece bir konuşma dil patolojisi mi yoksa ayrı bir klinik durum mu olduğuna ışık tutabileceği düşünülmüştür.

Kekemelik ve zeka ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bazı kontrollü çalışmalarda kekeme olan ve olmayan çocukların zekaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bazılarında ise zeka ortalamaları kekeme çocukların lehine yüksek bulunurken bazılarında ise düşük bulunmuştur.

Bu araştırmada okul çağı 8-12 yaş grubu kekeme çocukların kekeme olmayanlarla IQ yönünden karşılaştırması yapılacaktır. Kekemeliğin okul başarısını etkilediği göz önünde tutularak kültür ögesinden bağımsız bir zeka testinin uygulanması planlanmıştır. Böylelikle zeka unsurunun kekemelikten ayrıştırıldığı bunun da sonucu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmüştür.

Bu bağlamda araştırmanın problem cümlesi 'Kekeme olan ve olmayan 8-12 yaş grubu çocuklar arasında anksiyete, sosyal fobi ve IQ yönünden fark var mı?' olarak ifade edilebilir.

Temel amaç 8- 12 yaş grubu kekeme olan ve olmayan çocukları sosyal kaygı düzeyi, sosyal fobi ve IQ yönünden karşılaştırmaktır.

2. Hipotez

H1: 8- 12 yaş grubu kekeme çocuklarda (sosyal) kaygı düzeyi, aynı yaş grubu akıcı konuşan çocuklara göre daha yüksektir.

H2: 8- 12 yaş grubu kekeme çocuklarda sosyal fobi, aynı yaş grubu akıcı konuşan çocuklara göre daha yüksektir.

H3: 8- 12 yaş grubu kekeme çocuklarda IQ düzeyi aynı yaş grubu akıcı konuşan çocuklara göre daha yüksektir.

H4: 8- 12 yaş kekeme çocuklarda sosyal anksiyete ve IQ arasındaki ilişki aynı yaş grubu akıcı konuşan çocuklara göre daha yüksektir.

H5: 8- 2 yaş kekeme çocuklarda sosyal fobi ve IQ arasındaki ilişki aynı yaş grubu akıcı konuşan çocuklara göre daha yüksektir.

H6: Anne-babanın eğitim düzeyi kekeme çocukların anksiyete ve sosyal fobileri üzerinde diğer gruba göre daha etkilidir.

H7: Kekeme çocuklarda yaş ilerledikçe sosyal anksiyete ve sosyal fobi artmaktadır.

3. Önem

Araştırma sonuçlarının klinik çalışmalar yürüten kurumlarda kullanılabileceği düşünülmüştür. DSM IV ölçütleri çocuğun sosyal fobi tanısı alması için kekemeliği dışlamaktadır. Ancak bazı araştırmalar kekeme çocuklarda sosyal fobi belirtileri olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın kekemelikle sosyal fobi ilişkisi konusundaki tartışmalara bir ışık tutacağı düşünülmektedir.

Kekemelikle IQ arasındaki ilişki henüz tam olarak tanımlanamamıştır. Kekemelikte okul başarısının etkilendiği bilinmektedir. Ancak kekemelikteki okul başarısındaki düşüşün sebepleri arasında IQ değerinin olacağı düşünülmüştür. Çalışmada kekemelik ve IQ arasındaki ilişki araştırılmış ve sonuçların ileride yapılacak kekemelikteki okul başarısıyla ilgili araştırmalara küçük bir katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Yetişkinler üzerinde sosyal fobi ile ilgili araştırmalar çok olsa da çocuklarda sosyal fobi ve kekemelikle ilgili yapılan az sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Çalışmanın alana bu bakımdan bir fayda sağlayacağı düşünülmüştür.

4. Kapsam ve Sınırlılıklar

4.1. Kapsam

Araştırma içerik olarak 8-12 yaş kekeme çocukların (sosyal) kaygı düzeyi, sosyal fobi ve IQ yönünden akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarla karşılaştırılmasına dayalıdır. Örneklem grubu olarak basit tesadüfi örnekleme yoluyla seçilen 8- 12 yaş grubu çocuklar kapsama alınmıştır.

İstanbul il sınırları içinde çeşitli devlet ve özel hastanelerin 'Çocuk Psikiyatrisi' bölümlerinde kekemelik tanısı almış ve özel polikliniklerde tedavi gören çocuklar ve yine İstanbul il sınırları içinde farklı ilkokullarda okuyan 8-12 yaş grubu akıcı konuşan çocuklar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Ekim 2007- Ocak 2009 yılları arasında yapılmıştır.

4.2. Sınırlılıklar

Çalışma İstanbul' da ki kekeme tanısı alan ve akıcı konuşan çocuklarla sınırlanmıştır.

Çalışma 8- 12 yaş kekeme çocuklarla 8- 12 yaş akıcı konuşan çocukların kaygı (sosyal), sosyal fobi, IQ yönünden karşılaştırılmasına yönelik hazırlanmıştır.

Katılımcılar 8- 12 yaş aralığı ile sınırlanmıştır.

Çalışma belirgin zeka geriliği olmayan 8- 12 yaş kekeme ve kekeme olmayan çocuklarla sınırlandırılmıştır.

Çocuk Psikiyatri Klinikleri'nde asıl tanısı kekemelik olan 8- 12 yaş grubu çocuklarla sınırlandırılmıştır.

5. Varsayımlar

Örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

Kekemelik iletişim bozuklukları arasında yer alan, konuşmanın akışı, akıcılığı ile ilgili sosyal alanlarda kendini gösteren bir problem olduğu için bu rahatsızlıkla beraber seyreden kaygının daha çok sosyal kaygı olduğu varsayılmıştır.

Araştırmada kullanılan ‘‘Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği’’nin çocuklardaki sosyal anksiyeteyi, ‘‘Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Fobi Ölçeği’’nin çocuklardaki sosyal fobiyi, ‘‘Cattell-2A Zeka Testi’’nin çocukların zekasını ölçtüğü varsayılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan 8- 12 yaş grubu ocuk ve diğer katılımcıların kendilerine verilen tüm ölçekleri gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.

6. Tanımlar

6.1. Kekemelik

Tekrarlamalar, duraklamalar, uzatmalar ve bunlara eşlik eden jest ve mimiklerle akıcı konuşmanın engellenmesine sebep olan ve konuşmanın tümünü etkileyen bir konuşma bozukluğudur (Kirk ve Galleger, 1989).

6.2. Kaygı

Gerçekte korkulacak hiçbir durum olmadığı halde kişinin korku duyması, organizmanın da gerçek korkudaki gibi ruhsal ve fiziksel olarak kaçma ve savaşma tepkisine uygun olan cevaplar vermesiyle yaşanan bir duygudur (Koptagel, 2000)

6.3. Sosyal Fobi

Başkaları tarafından gözlemlenme olasılığının bulunduğu ortamlarda gülünç ve utanç verici bir duruma düşüleceğinden endişe etme ve korku duymadır (Özgüven ve Sungur, 1998).

6.4. IQ-Zeka

Zeka, zihnın öğrenme, öğrenilenden yararlanabilme, yeni durumlara uyabilme ve yeni çözüm yolları bulabilme yeteneğidir(Yörükoğlu, 1993).

IQ (Intelligence Quotient) ocuğun zeka yaşının takvim yaşına bölümünün 100 ile çarpımı sonucu elde edilir (zeka yaşı / takvim yaşı çarpı 100 =IQ)

BÖLÜM II

İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Türkiye’de ve Yurtdışında Yapılan Kekemellekle İlgili Bazı Araştırmalar

Andrews ve Haris(1964) kekeme çocuklarda anksiyeteyi ölçmek için “Çocuklar İçin Genel Anksiyete Ölçeği” ni kullanmışlardır. 80 kekeme çocuk ve 80 kontrol grubundaki çocuğa uygulanan mülakat sonucunda iki grup arasında belirgin bir fark bulunamamıştır(Howell, 2006).

Yine bu çalışmada sosyal sınıf ile kekemelik arasındaki ilişkiye bakılmış ancak bu ikisi arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca bağımlılık, duyarlılık, çekingenlik, korku, enüresis, arkadaşlık kurma becerileri, anne-çocuk ve baba – çocuk ilişkileri bakımından kekeme grup ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır(Van Riper,1971).

Yairi ve Ambrose(1992) tarafından yapılan bir araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Tekrarlayıcı kekemelik gösteren çocuklarla, kekemeliği iyileşme göstermiş çocuklar arasında kaygı yönünden bir fark bulunmamıştır.

Cattell ve Scheier (1961) ‘in “durumsal kaygı”(state anxiety) ve “kişiliğe özgü kaygı” (trait anxiety) kavramları çocukluk çağında kekeme olan, ergenlik çağında ise kekemelikleri geçmiş veya devam eden 76 kişi üzerinde incelenmiştir.

“Kişiliğe özgü kaygı”, kişiye özgü kalıcı olan ve tehdit edici olarak algılanan durumlara verilen duygusal tepkidir. “Kişiliğe özgü kaygı” bakımından kekemeliği devam eden, iyileşmiş olan ve kontrol grubu arasında bir fark bulunmamıştır. Durumsal kaygı (state anxiety) ise tehlikeli olarak algılanan bir durum karşısında hoş olmayan duygusal tepkidir. Kalıcı kekeme bozukluğu olan grubun durumsal kaygısı, kekemeliği iyileşmiş olan gruba ve kontrol gruba göre yüksek bulunmuştur.

Kekemeliği iyileşmiş olanların, kontrol grupla arasında bir farka rastlanmamıştır. Bu bulgular, bazı durumlarda artan anksiyetenin konuşma probleminin bir sonucu olduğu sebebi olmadığı şeklinde yorumlanmıştır(Davis vd.,2007)

Ruth ve Iris(2004), 18- 43 yaş arası, yarısı kekeme yarısı akıcı konuşan 94 erkek katılımcıyla bir çalışma gerçekleştirmişlerdir.

Katılımcılar konuşmaya dayalı ve dayalı olmayan testlerden geçtikten sonra kendi kaygı derecelerini ‘Task Related Anxiety’ ölçeğinde belirlemişlerdir. Kekeme grubu aynı zamanda kekemelik şiddetini de belirtmiştir.

Sonuçlar akıcı konuşanlarla kıyaslandığında kişiye özgü kaygı (Trait Anxiety) düzeyinin kekemelerde yüksek olduğunu, kaygının kekeme kişilerde bir kişilik özelliği olduğunu ortaya koymuştur. Sosyal iletişime dayalı durumsal kaygı(state anxiety) düzeyinin şiddetli kekemelerde hafif kekemelere göre daha fazla olduğu, durumsal kaygının kekeleme derecesine bağlı olduğu bulunmuştur.

Wischner(1948) “beklentisel kaçınma etkisi” üzerinde yoğunlaşmıştır. Kekeme bireyler arasında bazı özel kelimelere ilişkin bir kaygı ve genel durumsal bir kaygıdan bahsetmiştir. Durumsal kaygı belirtilerinin dinleyici tiplerine(otorite figürü vs.),miktarına vb göre ortaya çıkabileceğini, kelimelerle ilgili kaygının ise kelimenin anlamıyla veya başlangıç harfiyle ilişkili olabileceğini söylemiştir.

Wischner, yaptığı deneyde kekemelerden iki farklı koşul altında 500 kelimelik bir metni 5 kere üst üste okumalarını istemiştir. Birinci koşulda deney yapan kişiyle yalnız bir ortamda metni 5 kez okuyacaklar, ikinci koşulda ise her seferinde bir artan izleyici kitlesine 5 kez okuma yapacaklardır. Başarının en çok üst üste değişmeyen koşulda gerçekleştiği görülmüştür. Wischner bundan yola çıkarak kekemeliğin genel durumsal kaygıya bağlı olduğunu öne sürmüştür(Wischner,1972).

D’Ambrosio(2004) kekemeliğin tedavisinde kişisel yetersizlik duygusunun önemli bir engel oluşturduğunu belirtir. Kişisel yeterliliğin hissedilmemesi kaygıya sebep olabilir. Bir işe girişmeden önce açık seçik veya üstü kapalı olarak o işin üstesinden gelip gelemeyeceğimizi düşünürüz. Kendine yeterlilik ve olaylara yön verebileceği duygusu, bu anlamda bir farkındalık, kişiyi yapması gereken olaya hazır kılar. Olaylara bizim bir etkimizin olamayacağı algısı kaygı yaratır.

Fransella(1971) “Personal Construct Theory of Stuttering” de (Kekemelikte Kişilik Oluşum Teorisi) kekeme kişinin kişiliğini oluştururken akıcı konuşmasıyla ilgili

tecrübelerini birleştirmekte başarısız olduğunu, kişilik oluşumunu sadece kekemelik tecrübeleri üzerine kurduğunu öne sürmüştür (Beech ve Fransella,1971).

Di Lollo vd.(2003) 26 kekeme,26 akıcı konuşan yetişkinle bu görüşü test etmek amacıyla bir araştırma yapmışlardır. Kekeme kişiler, hayatlarında hiç kekelemedikleri dönemler yaşamış olsalar da bu tecrübelerini akıcı konuşmacı rolünü oluşturmak için kullanmamaktadırlar. Bunun sonucunda akıcı konuşmacı rolünün gerektirdiği durumlarda kaygı yaşamaktadırlar.

Kekeleyenlerin, eşlik eden klinik özellikleri bulunabilmektedir. Kuvvetli korku dolu kekeleme beklentisi ile beraber kekeleyenin beklendiği özel kelimeler, sesler ya da durumlardan kaçınma görülebilmektedir. Bunun dışında göz kırpması, tikler, dudaklar ya da çenenin tremorları, kızgınlık, kaygı ve depresyon, süregen kekeleyesi bulunanlar arasında yaygındır(Kaplan e Sadock,2004).

Kekemeliğin eşlik ettiği bir başka klinik durum ise “sekonder enürezis” dir ve bu psikiyatrik bozukluk konusundaki araştırmalarda, daha üst sosyal seviyeye çıkma eğilimli, düşük sosyo-ekonomik aile yapısının varlığı üstünde durulmaktadır. İdrar kaçırma çocuklarda da kekemelik dışında, tik, uyum sorunu gibi özellikler olduğu görülmüştür(Göktürk,2001).

Kimmell(1938) kaçınma davranışını tanımlamaya yönelik bir araştırma yapmıştır. Çalışmada 29 kekeme birey otobiyografik bir rapor yazmışlardır. Kaçınma davranışının değişime etki edip etmediğine bakılmıştır. Kekemelikteki kaçınma tepkisinin kişinin gelişimini ve sosyal tecrübelerini kısıtlayacağı sonucuna varılmıştır. Kesin olan bir sonuç, kekemelerin diğerlerinden izole olarak daha çok zaman geçirdikleri, meslek seçiminde, yapacakları faaliyetler ve başkalarıyla ilişkileri konusundaki kararlarında akıcı konuşanlara göre daha dikkatli oldukları ve bu konularda yine normal gruba göre daha az seçme şanslarının olduğu ortaya konmuştur. Kekemelerdeki uyumsuz davranışların bir ölçüde bu kaçınma tepkilerinden kaynaklandığı düşünülmüştür(Beech ve Fransella,1971).

Mahr ve Torosian (1999), yaptıkları araştırmada kekemelerdeki kaygı semptomlarını sosyal fobili bireyler ve kontrol grupla karşılaştırmak istemişlerdir.

Kekemelerde, kontrol grubuna göre daha fazla sosyal kaygı ve sosyal kaçınma görülmüştür. Sosyal fobili kişilere göre ise kekemelerde daha az sosyal kaygı ve kaçınma, daha az olumsuz değerlendirilme korkusu, ve daha az sosyal fobi ile agorafobi belirtisi saptanmıştır. Kekemelerin çoğu özellikle konuşmaya bağlı korku yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın sonucu kekeme bireylerin sosyal fobi şikayetlerinin olmadığını ancak kekemelik yüzünden sosyal ortamlardan kaçınabileceklerini ortaya koymaktadır.

Fletcher (1914) kekemeliği bir patolojik sosyal tepki olarak görmüştür. Sosyal açıdan uyumsuz davranışların sebeplerini oluşturan başlıca faktörler arasında korku, dehşet, kaygı, aşağılık duyguları gibi belli tecrübelerle oluşmuş insanın duygu durumlarını saymıştır. Ancak kekemenin patolojik tepkisini ortaya çıkaran şeyin genel bir korku veya kaygı olmadığını ancak belli şartlar altında konuşma gerekliliğinin öncesinde yaşanan kaygı olduğunu öne sürmüştür (Wischnner,1972).

Öztürk ve Tüzün (2000),”Kekeme Çocuklarda Sosyal Fobi” başlıklı bir araştırma yapmışlardır. Araştırmanın amacı kekemeliği olan çocuklarda sosyal fobi belirtilerini ve sosyal fobi oranını araştırmak olarak belirlenmiştir. Kekeme çocuklar ve kontrol grubuna “Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Envanteri”, “Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği”, “Çapa Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Fobi Ölçeği” uygulanmıştır. DSM- IV ölçütlerinde kekemeliği dışlayan ölçüt göz ardı edildiğinde 30 kekeme çocuktan 10 olgu sosyal fobi tanısı almıştır. Bu da kekemeliği sosyal fobiden dışlamanın bu çocukların sosyal fobi tanısı almasını zorlaştırarak, sosyal kaygının tanınmasını ve tedavi edilmesini engelleyebileceği savını ortaya koymaktadır.

Kekemelikle sosyal anksiyete ilişkisini araştıran Messenger ve ark.(2004) klinik psikolojide kaygının esas unsurlarından “zarar görme beklentisi”yle ilgili çok az araştırmanın yapıldığını belirtmişlerdir. Kekemelikteki kaygının “sosyal zarar görme” beklentileriyle ilgili olduğunu düşünmek için yeterli sebepler olabileceğini öne sürmüşlerdir.

34 kekeme bireye ve 34 akıcı konuşan kişiye “Fear of Negative Evaluation: FNE”(olumsuz değerlendirilme korkusu) testini ve “Endler Multidimensional Anxiety Scale-Trait:EMAS-T”(çok yönlü anksiyete ölçeği) uygulanmıştır. FNE verileri kekemelerle, kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya

koymuştur. Sonuçlar kekemelerden oluşan grubun sosyal alanlarla sınırlı bir anksiyete hissettiklerini göstermektedir. Ayrıca EMAS-T sonuçları da gruplar arasında sosyal iletişim ve sosyal değerlendirmeye ilgili alt testlerde anlamlı farklar verirken, diğer alt testlerde böyle bir fark bulunmamıştır. Böylelikle kekeleyen kişilerin olumsuz sosyal değerlendirilme beklentilerinin olduğu ileri sürülmektedir.

Kraaiaam ve ark.(2002), kekeleyen yetişkinlerde sosyal kaygıyı araştırmışlardır. Bir sosyal kaygı ölçeği olan 'Inventory of Interpersonal Situations (IIS) 89 kekeme ve 131 akıcı konuşan yetişkine uygulanmıştır.

Bu ölçekle, sosyal durumlarda algılanan duygusal rahatsızlık ve verilen sosyal tepkilerin sıklığı araştırılmıştır. Kekeleyen kişilerin diğer gruba göre sosyal durumlarda yüksek duygusal rahatsızlık ve gerginlik gösterdiği ve daha az sosyal tepkiler verdiği belirtilmiştir. Ayrıca kekeleyen bireylerin %50' sinin sosyal kaygısı olan psikiyatrik hastalarla aynı oranda sosyal kaygı yaşadıkları bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre sosyal kaygı ölçüsü kekeme bireyin değerlendirilmesinde önemli bir unsurdur.

Bender (1939)'e göre kekemenin gelişimi belli evrelerden geçer; basit ses tekrarlarından uzatma ve blokların yaşandığı evreye oradan da hareketlerde bozulmalara kadar uzanan evrelerin sonucunda bazı kişilerde kaçınma, duygusal bozukluk ve başka bazı sosyal ve psikolojik bozukluklar görülebilir. Tabii ki her kekeme aynı dönemlerden geçmeyebilir ve aynı sıkıntıları yaşamayabilir. Ancak şiddetli kekemelikte bunlar belirgin öğeler olabilir(Beech ve Fransella,1971).

Bender (1942) "The Stuttering Personality" (Kekemelikte Kişilik Yapısı) adlı çalışmasında 249 kekeme ve kekeme olmayan erkek öğrenciye 'Bernreuter Personality Inventory' ölçeğini uygulamıştır. Bernreuter ölçeğindeki 6 ölçüye göre kekemelerin daha fazla nevrotik eğilimli olduğunu bulmuştur; Kekeme grup daha fazla içe dönük, daha az baskın, daha az kendine güvenen ve daha az sosyal bulunmuştur.

Meltzer(1944) 50 kekeme çocukla yaptığı karşılaştırmalı bir araştırmada Rosrschach Testi'ni uygulamış ve gruplar arasında kekemeler lehine düşsellik ve depresyon bakımından farklılıklara rastlamıştır. Kekeme çocukların hayal kurmaya, çekingenliğe ve yaratıcılığa meyilli olduklarını ortaya koymuştur. Ayrıca tekrarlayıcı

düşünce ve davranışlarının olduğunu, kötümserliğe de eğilimli olduklarını belirtmiştir (Wischner,1972).

Wilson (1951) ve Christensen (1952) kekeme çocukların nevroitik oldukları düşüncesine karşı çıkmışlar ve yaptıkları kontrollü araştırmada kekeme çocukların akıcı konuşan çocuklarla arasında nevroitiklik veya uyumsuzluk bakımından bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Ancak kekeme çocukların daha saldırgan ve kendilerine yönelik düşmanca duygularının daha fazla olduğunu bulgulamışlardır (Van Riper,1971).

Abbott (1947)kekemelerde dinleyiciye karşı bastırılmış düşmanlık duygularının bilinçaltı suçluluk duyguları doğurduğu ve kekelemenin düşmanlıktan duyulan mahcubiyetten dolayı kendini cezalandırmaktan kaynaklandığını öne sürmüştür. Bu varsayım 25 kekeme üzerinde 'Rozenzweig Picture Frustration Test' uygulanarak denenmiş ve psikoanalitik olarak kekelemenin kendine yönelik saldırganlığa sebep olan anal-sadistik eğilimlerle belirli bir rahatsızlık olduğu ortaya konmuştur (Beech ve Fransella,1971).

Embiyaoğlu (1976) 'Kekemeliğin Psikolojik ve Psikanalitik Açından İncelenmesi' konulu doktora tez çalışmasında kekeme ve kekeme olmayan grupları karşılaştırmıştır. Çalışmada kekemelerde kekeme olmayanlara göre korku ve anksiyete, ödip kompleksi, kastrasyon kompleksi, anal kompleks, anaya bağlılık, kardeşlik kompleksi, oralite, bağımsızlık çabası anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur. Ayrıca ego zayıflığı, afektivitenin bozukluğu, toplumsal çevreyle ilişkilerin yetersizliği gibi nevroitik unsurlar da kekemelerde fazla bulunmuştur.

Santostefano (1960) 11 çocuğa Rorschach ve serbest çağrışım uygulamıştır. Kekemelerin kendilerini olumsuz değerlendirdiklerini ayrıca çevreleri tarafından da böyle değerlendirildiklerini düşündükleri için sürekli bir stres altında olduklarını ve bu stresin sürekli kaygı ve düşmanlık duyguları oluşturacağını öne sürmüştür. Rorschach kişilik testinde kekemeleri kekeme olmayanlarla karşılaştırarak bu hipotezlerini doğrulamıştır. Kekemelerin kendilerine güvenlerinin daha az korkularının ve kaygılarının daha fazla olduğunu, daha çok üzüntü duyma eğiliminde olduklarını ve diğer insanlara karşı içlerinde daha çok küskünlük ve düşmanlık

olduğunu bildiren sonuçlar elde etmiştir. Bu kaygı ve düşmanlık duygularının stres altındaki kişiyi olumsuz etkileyeceğini öne sürmüştür.

Bilgin (2006) tez çalışmasında, çocukluk çağında ortaya çıkan kekemeliğin farklı psikopatolojik durumların ortaya çıkabileceğine bir gösterge olabileceğini varsaymış, çocuğa sosyal ve duygusal yükler getirerek yaşam kalitesini bozacağını ileri sürmüştür. Çalışmada kekeme ve kontrollerin depresyon ve sürekli kaygı puanları kekemeler lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Johnson (1963) yaptığı iki ayrı çalışmada da kekeme olmayanlarla, kekemeler arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir; doğum sırasında hasar olup olmaması veya sonra oluşan hasar bakımından ya da gelişimsel ve zeka açısından kekeme çocukların normal çocuklar olduklarını söylemiştir.

Embiyaoğlu (1976) araştırmasında zihinsel fonksiyonların yetersizliği, idrak, dikkat ve çağrışım fonksiyonlarının bozukluğu açısından kekemelerle kekeme olmayan grup arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir.

Schindler (1955), farklı sosyoekonomik seviyelerden seçilmiş okul çağındaki çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada kekeme çocukların zeka düzeylerini akıcı konuşanlara göre düşük bulmuştur.

Andrews ve Haris (1964), 80 kekeme çocuğun Wechsler IQ değerinin kontrol grubuna göre düşük olduğunu ve hem sözel hem performans alt testlerinde kontrol grubuna göre düşük puan aldıklarını belirtmişlerdir. Kekeme çocukların 31/80'i 90'nın altında IQ puanı alırken, kontrol grubundaki çocukların sadece 13/90'ı 90'nın altında puan almıştır. Ancak beklenenin aksine kekeme grubunda sözel ve performans IQ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Başka bazı deneysel araştırmalar da kekeleyen çocukların kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde düşük zeka puanı aldıklarını ortaya koymuştur (Beech ve Fransella,1971).

Okul çağındaki kekeme çocukların sözel ve sözel olmayan zeka testlerinde aldıkları sonuçların düşük olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Okasha, Bishry ve ark.(1974) tarafından yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara rastlanmıştır. Sözel olmayan testlerden de düşük puan alınması, kekemelikten kaynaklı iletişim sorunlarının sonucu etkilediğini söylemeyi zorlaştırmaktadır (Bloodstein,1997).

Ayrıca tedavi gören kekeme çocukların zeka ve sosyal sınıf düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya koyan araştırmalar da vardır. Zeka ve sosyal sınıfın birlikte yüksek oluşu sağlık hizmeti alma olanağını da beraberinde getirmektedir (Cox,1982).

Abalı vd.(2006) 6 -18 yaş çocuk ve ergenler üzerinde yaptıkları bir çalışmada kekemelik şiddetinin sözel IQ performansına etkisini araştırmışlardır. Zeka katsayısını değerlendirmek için WISC-R (Wechsler Intelligence Scale for Children) testi kullanılmıştır. Kekemelik şiddeti ile sözel IQ performansı arasında bağlantı bulunmamıştır.

Mc Dowell (1928) kekemelerle kekeme olmayanların zeka düzeylerini ve okul başarılarını karşılaştırmış ve aralarında bir fark bulunmadığını belirtmiştir. Schindler (1955) kekemelerin zeka düzeylerinin normalin biraz altında olduğunu Travis (1959) ise kekeme çocukların ortalama zekalarının normalden anlamlı olarak yüksek olduğunu bulmuştur (Bloodstein,1997).

Buna karşın Cebiroğlu ise 4- 15 yaş 75 kekeme çocukta zeka düzeyinin normal olduğunu bildirmiştir (Embiyaoğlu,1974).

Morgenstern (1956) 30000 öğrenci ile yaptığı çalışmada 350 çocuk konuşma terapistleri tarafından kekeme olarak belirlenmiştir. Bu çocukların sosyo-ekonomik düzeyleri araştırılmıştır. Az kalifiye işlerde çalışan ailelerin ve işçi ailelerinin çocukları arasında kekemelik anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Morgenstern bu bulguların Johnson'un teorisiyle uyumlu olduğunu söylemiştir; çocukluktaki normal konuşma bozuklukları üzerinde ailelerin fazla durması çocuk üzerinde baskı oluşturarak kekemeliğe sebep olabilmektedir. Bu durum özellikle sosyo-ekonomik açıdan yükselme beklentisi olan ailelerde daha çok görülmektedir.

Bloodstein (1997) konuşma becerisinde mantıksız beklentiler ve erken dönem konuşma hatalarının değerlendirilmesindeki yanlışlıklar üzerine çalışmıştır. Yarıısı kekeme olan 12 çocuğun konuşmaları bant kaydına alınmıştır. Velilere bu konuşmalar dinletilmiştir. Kekeme çocukların velilerinde birçok konuşmayı kekeleme olarak değerlendirme normal çocuk velilerine göre daha fazla bulunmuştur.

Glasner (1949) birçok kekemenin kişilik tiplerinin kekeme olmayanlardan farklı olduğuna inanmıştır. Bu çocukların geçmişte fazlasıyla korunmacı bir ebeveyn tutumuyla yetiştirildiklerini, velilerin de fazlasıyla kaygılı ve çok mükemmeliyetçi olduklarını öne sürmüştür.

Glauber (1951) yaptığı bir araştırmada erkek kekemelerin kendilerini yetersiz bireyler olarak tanımladıklarını göstermiştir. Kekemeliğin altında yatan sebep olarak annenin kişiliği, evdekilere ve özellikle kekeme çocuğa karşı çelişkili tutumu gösterilmiştir. Ayrıca kekemeliklerini kontrol edebilen ancak kendilerini kekeme olarak tanımlamaya devam eden bireylerin ailelerinde, “ailenin sosyal statüsünü yükseltmek için gayret göstermeleri” konusunda eğitildikleri ortaya konmuştur. Böyle ailelerde çocuğa istenileni yapıncaya kadar sevgi göstermemeden kaygı yaratan tehditlere kadar bazı yöntemlerin uygulandığı belirtilmiştir (Eisenson,1956).

Kekemelerin dinleyicinin miktarına ve niteliğine göre kekelemelerinin farklılaştığını, kendi kendilerine, evcil hayvanlarla ya da küçük çocuklarla konuşurken nadiren kekeledikleri bilinmektedir. Göreceli olarak konuşmanın kolay olduğu durumlar incelendiğinde bunun “iletişim sorumluluğunun olmadığı” durumlar olduğu ortaya konmuştur. Böylece kekemelerin kendi kendilerine veya grup olarak şarkı söylemekte neden zorlanmadıkları da açıklığa kavuşmaktadır; iletişim amaçlı olmayan kelimeleri yüksek sesle söylemek iletişim sorumluluğunu ortadan kaldırır (Sheehan 1968).

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada 8- 12 yaş kekeme çocukların kaygı (sosyal), sosyal fobi ve IQ düzeyleri akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarla mukayeseli olarak incelenmiştir.

Araştırmada İlişkisel Tarama Modeli kullanılmıştır. Bu model iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını veya derecesini belirlemeyi amaçlamaktadır (Karasar, 2005).

"Cattell 2-A Zeka Testi", "Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği", "Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Fobi Ölçeği" tesadüfi olarak seçilen 8- 12 yaş arası kekeme ve akıcı konuşan çocuklara uygulanmıştır.

Çocuğun Ruhsal Durumu ve sosyodemografik verilerin alındığı soru formları çocukların velilerine uygulanmıştır.

Katılımcıların isim bilgileri alınmış ancak cevapların tamamen gizli tutulacağı ifade edilmiştir. Uygulama öncesinde katılımcılara yönergeler detaylı olarak anlatılmıştır. Ayrıca anksiyete ve sosyal fobi ölçeklerinde ilgili yönerge her formun başında yazılı olarak bulunmaktadır.

3.2. Evren ve Örneklem

8-12 yaş Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı Türk olan çocuklar bu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Çalışmanın örneklemini İstanbul 'da farklı hastanelerde kekemelik tanısı almış ve tedavi gören 8-12 yaş 8'i kız, 28'i erkek toplam 36 çocuk olan deney grubu ve İstanbul'da ilköğretim okullarında okuyan 8-12 yaş akıcı konuşan 36'sı kız, 46'sı erkek toplam 84 çocuk olan kontrol grubu oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada "Cattell Zeka Testi", "Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği", "Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Fobi Ölçeği" ve "Çocuğun Ruhsal Durum" formu ile "Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Durum"

3.3.1. Çocuğun Ruhsal Durumu

Uygulamada katılımcıların ruhsal durumunu ve bunun varsa genetik kökenini saptamaya yönelik bir soru formu uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan form 22 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların velileri tarafından doldurulmuştur.

Kekemelik sorunuyla ilgili neler yapıldığının, sorunun ne zamanlar azalıp arttığının ve ayrıca katılımcıların diğer psiko-sosyal özelliklerinin belirlenmesine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.3.2. Sosyal-Ekonomik ve Kültürel Durum

Uygulamada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin saptanmasına yönelik soru formu uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan form 8 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların velileri tarafından doldurulmuştur. Sorular anne-babanın eğitim durumu, mesleği ve gelir durumu gibi katılımcı ailelerin sosyal, ekonomik ve kültürel düzeyini belirlemeye yöneliktir.

3.3.3. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği

La Greca ve arkadaşları tarafından geliştirilen ÇSAÖ ilk olarak 10 maddelik kısa bir ölçek biçiminde hazırlanmıştır. Yenilenmiş form, La Greca ve Stone tarafından özgün ölçeğe yeni soruların ilavesiyle 18 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir. Bu ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması Dr. Türkay Demir tarafından dördüncü sınıftan altıncı sınıfa kadar olan çocuklarla yapılmıştır (La Greca ve ark. 1988; LaGreca ve Stone 1993). ÇSAÖ, Türkçeye Dr. Türkay Demir tarafından çevrilmiş, klinikte 20 çocuğa uygulandıktan sonra çeviride çocukların anlamakta güçlük çekebileceği ifadeler yeniden düzenlenmiştir. Türkçe formun yeterli güvenilirliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Cronbach $\alpha = 0.8077$).

3.3.4. Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Fobi Ölçeği

Yukarıda sözü edilen ÇSAÖ'nün yanı sıra tarama amacıyla Dr. Türkay Demir tarafından geliştirilen bu ölçek kullanılmıştır. Tarama amacıyla ikinci bir ölçeğin kullanılmasına şu gerekçelerle karar verilmiştir: ÇSAÖ'deki maddeler ağırlıklı olarak, ölçeğin faktör analizinde de belirlenen "olumsuz değerlendirilme korkusu" ve "sosyal kaçınma ve sıkıntı" ile ilgilidir. Sorular özgül ve iyi belirlenmiş/belirtilmiş durum yada ortamlarla ilgili olmaktan çok, genel bir bilişsel yapıyı sorgular niteliktedir. Sosyal anksiyeteye hemen daima eşlik eden somatik anksiyete belirtilerine (terleme, yüz kızarması, çarpıntı, ses titremesi gibi) hiç yer verilmemiştir. Ayrıca sık karşılaşılan ve genellikle de bir arada bulunabilen sosyal anksiyete durum ve ortamlarına ilişkin somut sorular (başkalarının önünde yazı yazmak, bir şey yemek ya da içmek, konuşmalara katılmak vb) yoktur. Bu eksikliklerin kapatılması gereksinimi yanında, ÇESFÖ, sosyal fobi olgularını saptamaya yönelik epidemiyolojik bir çalışmada pratik amaçlara hizmet edecek başka özelliklere de sahiptir. Çalışma öğrenciler arasında sürdürüleceği (ve ilgilenilen yaş grubundaki çoğu çocuk öğrenci olduğu) için özellikle okul ve sınıfta ortaya çıkabilecek sosyal fobik durumlara ağırlık verilmiştir, maddelerden 10 tanesi doğrudan doğruya öğrencinin gündelik okul ve sınıf yaşantısını ilgilendiren alanlardan seçilmiştir. Ayrıca, ÇSAÖ, 4.-6. sınıf öğrencilerine uygulanmak üzere tasarlandığından ifadeleri de buna göre düzenlenmiştir. ÇESFÖ, hem ifadelerin basit ve anlaşılır olması, hem de daha geniş bir yaş grubuna hitap edebileceği düşünülerek hazırlanmıştır. Ölçek ilk aşamada 35 soruluk bir form olarak hazırlanmış, klinikte Dr. Türkay Demir tarafından sosyal fobik olan ve olmayan 30 öğrenciye uygulandıktan sonra maddelerin ifade ediliş tarzları yeniden düzenlenmiş, madde sayısı 25'e indirilmiştir. Ölçeğin yeterli güvenilirliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Cronbach $\alpha = 0,8214$).

3.3.5. R.B. Cattell Testi

Bu araştırmada denek grubu ve kontrol grubu 8-12 yaş çocuklarının zeka bölümlerini belirlemek amacıyla "Cattell Zeka Testi 2A" formu kullanılmıştır.

1957 yılında James McKeen Cattell tarafından geliştirilen testi orijinal adı "Cattell Culture Fair Intelligence Test, 2A-2B"dir.

Cattell'in geliştirdiği zeka testi, bireysel olarak uygulanan, bireylerin kas gúcünü, hareketin hızını, ağrıya karşı olan hassasiyetini, görme ve işitmedeki hassasiyetini, ağırlıkları ayırt edebilme, reaksiyon zamanı ve bellek gücü gibi test durumlarından oluşmaktaydı.

Testin eşdeğer iki formu (A ve B) vardır.

Toplam 46 maddeden oluşan form A'nın 4 alttesti vardır 1. alttest "Seriye tamamlama"dır ve 12 maddeden, 2. alttest "Tasnif" dir ve 14 maddeden, 3 alttest "Yerleştirme" dir ve 12 maddeden, 4. alttest "Yerleştirme" dir ve 8 maddeden oluşmaktadır.

Her alttestin süresi farklı olmak üzere testin toplam süresi 25 dakikadır.

Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulaması kolay bir testtir. Uygulayıcı yanıt için verilen sürele uyulmasına özen göstermelidir.

Her alttest için ayrı açıklama ve örnekler vardır. Açıklamalar sözlü olarak verilir. Bireyden 1. ve 3. alttestlerde her maddede belli bir kurala göre dizilmiş şekil serisini tamamlayacak şekli, 5 şık içinden seçmesi; 2. alttestte belli bir kurala göre dizilmiş şekil serisine uymayan şekli bulması; 4. alttestte ise her serideki örnek şeklin kuralına uygun olarak diğer şekillerden hangisine "nokta"yı koyacağını bulması istenir. Testin puanlaması yanıt anahtarına göre yapılır. Her doğru yanıtta '1' puan verilir. Testten elde edilen toplam puan bireyin zeka yaşını gösterir. Zeka yaşı /takvim yaşı x 100 formülü ile bireyin zeka bölümü hesaplanır (Öner, 2006).

Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'nin çeşitli bölgelerinden 4328 kız ve erkek üzerinden elde edilmiştir. Her iki form için, ham puanları yüzdeler puanlara ve standart puanlara çeviren tablolar hazırlanmıştır.

Yapılan birçok çalışmada, testin iki-yarım test güvenirliliği ile hesaplanan güvenirlilik katsayıları ortalama 0,80 olarak bulunmuştur (Öner, 2006).

Cattell Zeka Testi 1974 yılında Beglan Toğrol tarafından Türkiye için uyarlaması yapılmıştır.

7- 6 ile 14- 0 yaş arasında, İstanbul'da yaşayan 1300 çocuk (650 kız ve 650 erkek) üzerinden elde edilen puan ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir (Öner, 2006).

Paralel form güvenilirliği: Testin 2A ve 2B formları arasındaki korelasyon katsayıları 0,50'nin üzerinde bulunmuştur (Öner, 2006).

Ölçüt-bağımlı geçerlik: 1300 çocuğa uygulanan Cattell Zeka Testi ile Porteus Labirentleri Testi arasındaki korelasyonlar 50'nin altında çıkmıştır (Öner, 2006).

3.4.Verilerin Analizi

Bu bölümde ise örneklem grubunun özelliklerine ve test sorularına verdikleri cevapların frekans ve yüzde dağılımları ile bu testlerden aldıkları puanlar ile örneklem grubunun demografik özellikleri arasındaki analizlere ve testler arasındaki ilişkilere yer verilmiştir. Normal dağılıma uyan değişkenlerimiz için ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik testler olan *bağımsız grup t-testi* ve *tek yönlü varyans analizi ANOVA*), ölçekler arasındaki ilişkinin araştırılması için *Korelasyon Analizi* kullanılmıştır.

Eşlenik grup t- testi iki değişken arasında ortalamalar açısından fark olup olmadığını araştırmak için kullanılır. Özellikle deneme modelli araştırmalarda deney öncesi ve sonrası değerlerin karşılaştırılmasına ihtiyaç duyulabilir. Eşlenik grup t- testi, bu iki değer ortalamalarının birbirinden önemli derecede farklı olup olmadığını belirler. T testinde kritik nokta iki'dir. t testi her zaman iki farklı ortalamayı yada değeri karşılaştırır (Kalaycı,2006).

Varyans analizi iki ya da daha fazla ortalama arasında fark olup olmadığı ile ilgili hipotezi test etmek için kullanılır. Bu çalışmada kullanılan tek yönlü varyans analizidir. Tek Yönlü Varyans analizinde iki değişken vardır ve bağımsız değişkene göre bağımlı değişkendeki ortalamalar arasında fark olup olmadığını test eder. *Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)* sonucunda gruplar arasında fark bulunduğunda, farklılıkların kaynağını (hangi gruplar arasında olduğunu) belirlemek üzere *post-hoc Tukey testi* yapılır (Kalaycı,2006).

Korelasyon analizi iki metrik değişken arasındaki ilişkinin yönünü ve derecesini bulmak amacı ile yapılır. Pearson korelasyon "r" ile ifade edilir ve -1 ile +1 arasında

bir değer alır. Burada ilişkinin yönü r 'nin işareti, derecesini ise katsayının büyüklüğü belirler. Eksi değerler bir değişken artarken diğerinin azaldığının, artı değerler ise her iki değişkenin aldığı değerlerin birlikte artış ve azalış gösterdiğinin göstergesidir.

Korelasyon katsayısının büyüklük bakımından yorumlanmasında üzerinde tam olarak ortaklanılan aralıklar bulunmamakla birlikte aralıklar bulunmamakla birlikte, korelasyonu yorumlamada şu sınırların sıklıkla kullanılabileceği not edilmesidir. Korelasyon katsayısının, mutlak değer olarak, 0,70- 1,00 arasında olması, yüksek; 0,70- 0,30 arasında olması, orta; 0,30- 0,00 arasında olması ise, düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanabilir (Büyüköztürk, 2002).

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

Tablo 1: Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Kontrol Grubu (Akıcı Konuşan Çocuklar)		Deney Grubu (Kekeme Çocuklar)	
	f	%	f	%
Kız	38	45,2	8	22,2
Erkek	46	54,8	28	77,8
Toplam	84	100,0	36	100,0

Kontrol grubunun %45,2'si kız, %54,8'i erkektir.

Deney grubunun %22,2'si kız, %77,8'i erkektir.

Tablo 2: Yaş Dağılımı

Yaş	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
8-9 yaş grubu	27	32,1	12	33,3
10-12 yaş grubu	56	66,7	24	66,7
Yanıtız	1	1,2	0	0,0
Toplam	84	100,0	36	100,0

Kontrol grubunun %32,1'i 8-9 yaş grubu, %66,7'si 10-12 yaş grubundadır.

Deney grubunun %33,3'ü 8-9 yaş grubu, %66,7'si 10-12 yaş grubundadır.

Tablo 3: Çocuğun sosyal olma durumu dağılımı

Sosyal bir çocuk mudur?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	52	61,9	23	63,9
Hayır	13	15,5	11	30,6
Yanıtız	19	22,6	2	5,6
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Sosyal bir çocuk mudur?” ifadesi için kontrol grubunun %61,9’u evet, %15,5’i hayır cevabını vermiştir.

“Sosyal bir çocuk mudur?” ifadesi için Deney grubunun %63,9’u evet, %30,6’sı hayır cevabını vermiştir.

Tablo 4: Çocuğun sınıfta kalma durumu dağılımı

Okula gidiyorsa hiç sınıfta kaldı mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	0	0,0	1	2,8
Hayır	66	78,6	33	91,7
Yanıtız	18	21,4	2	5,6
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Okula gidiyorsa hiç sınıfta kaldı mı?” ifadesi için kontrol grubunun %78,6’sı hayır cevabını vermiştir.

“Okula gidiyorsa hiç sınıfta kaldı mı?” ifadesi için Deney grubunun %2,8’i evet, %91,7’si hayır cevabını vermiştir.

Tablo 5: Çocuğun babasının eğitim düzeyi dağılımı

Babanın eğitim durumu	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Okuma-yazma bilmiyor	3	3,6	0	0,0
İlkokul mezunu	30	35,7	18	50,0
Ortaokul mezunu	7	8,3	5	13,9
Lise mezunu	20	23,8	7	19,4
Yüksek okul mezunu	6	7,1	2	5,6
Yanıtız	18	21,4	4	11,1
Toplam	84	100,0	36	100,0

Kontrol grubunun %3,6'sının babası okuma-yazma bilmiyor, %35,7'sinin babası ilkokul mezunu, %8,3'ünün babası ortaokul mezunu, %23,8'inin babası lise mezunu, %7,1'inin babası yüksek okul mezunudur.

Deney grubunun %50'sinin babası ilkokul mezunu, %13,9'unun babası ortaokul mezunu, %19,4'ünün babası lise mezunu, %5,6'sının babası yüksek okul mezunudur.

Tablo 6: Çocuğun annesinin eğitim düzeyi dağılımı

Annenin eğitim durumu	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Okuma-yazma bilmiyor	2	2,4	29	0,00
İlkokul mezunu	44	52,4	29	80,6
Ortaokul mezunu	9	10,7	0	0,0
Lise mezunu	9	10,7	2	5,6
Yüksek okul mezunu	2	2,4	1	2,8
Yanıtız	18	21,4	4	11
Toplam	84	100,0	36	100,0

Kontrol grubunun %2,4'ünün annesi okuma-yazma bilmiyor, %52,4'ünün annesi ilkokul mezunu, %10,7'sinin annesi ortaokul mezunu, %10,7'sinin annesi lise mezunu, %2,3'ünün annesi yüksek okul mezunudur.

Deney grubunun %80,6'sının annesi ilkokul mezunu, %5,6'sının annesi lise mezunu, %2,8'inin annesi yüksek okul mezunudur.

Tablo7: Çocuğun babasının mesleğine göre dağılımı

Babanın mesleği	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Memur	13	15,5	4	11,1
Emekli	6	7,1	3	8,3
İşçi	25	29,8	15	41,7
Esnaf	6	7,1	1	2,8
Serbest Meslek	15	17,9	7	19,4
İşsiz	19	22,6	2	5,6
Yanıtsız	84	0,00	4	11,1
Toplam	87	100,0	36	100,0

Kontrol grubunun %15,5'inin babası memur, %7,1'inin babası emekli, %29,8'inin babası işçi, %7,1'inin babası esnaf, %17,9'unun babası serbest meslek, %22,6'sının babası işsizdir.

Deney grubunun %11,1'inin babası memur, %8,3'ünün babası emekli, %41,7'sinin babası işçi, %2,8'inin babası esnaf, %19,4'ünün babası serbest meslek, %5,6'sının babası işsizdir.

Tablo 8: Çocuğun annesinin mesleğine göre dağılımı

Annenin mesleği	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Emekli	1	1,2	1	2,8
İşçi	4	4,8	4	11,1
Esnaf	1	1,2		
Serbest Meslek	1	1,2	1	2,8
Ev Hanımı	60	71,4	26	72,2
Yanıtsız	17	20,2	4	11,1
Toplam	84	100,0	36	100,0

Kontrol grubunun %1,2'sinin annesi emekli, %4,8'inin annesi işçi, %1,2'sinin annesi esnaf, %1,2'sinin annesi ı serbest meslek, %71,4'ünün annesi ev hanımıdır.

Deney grubunun %2,8'inini annesi emekli, %11,1'i işçi, %2,8'inin annesi serbest meslek, %72,2'sinin annesi ev hanımıdır.

Tablo 9: Çocuğun ailesiyle oturduğu konuta göre dağılımı

Oturulan konut	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Kira	29	34,5	18	50,0
Kendisinin	32	38,1	14	38,9
Lojman	1	1,2	0	0,0
Diğer	5	6,0	1	2,8
Yanıtız	17	20,2	3	8,3
Toplam	84	100,0	36	100,0

Kontrol grubunun %34,5'inin oturduğu konut kira, %38,1'inin kendisinin, %1,2'sinin lojman, %6'sının ise diğer konutlardandır.

Deney grubunun %50'sinin oturduğu konut kira, %38,9'unun kendisinin, %2,8'inin ise diğer konutlardandır.

Tablo 10: Eve gazete alma durumuna göre dağılımı

Evinize gazete alır mısınız?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	50	59,5	19	52,8
Hayır	17	20,2	13	36,1
Yanıtız	17	20,3	4	11,1
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Evinize gazete alır mısınız?” ifadesi için kontrol grubunun %59,5'i evet, %20,2'si hayır cevabını vermiştir.

“Evinize gazete alır mısınız?” ifadesi için Deney grubunun %52,8'i evet, %36,1'i hayır cevabını vermiştir.

Tablo 11: Anne tarafında kekemelik durumu dağılımı

Anne tarafında kekemelik var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	1	1.2	8	22.2
Hayır	65	77.4	26	72.2
Yanıtsız	18	21.4	2	5.6
Toplam	84	100.0	36	100.0

“Anne tarafında kekemelik var mı?” ifadesi için kontrol grubunun %1,2’si evet, %77,4’ü hayır cevabını vermiştir.

“Anne tarafında kekemelik var mı?” ifadesi için Deney grubunun %22,2’si evet, %72,2’si hayır cevabını vermiştir.

Tablo 12: Baba tarafında kekemelik durumu dağılımı

Baba tarafında kekemelik var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	4	4,8	8	22.2
Hayır	62	73,8	26	72.2
Yanıtsız	18	21,4	2	5.6
Toplam	84	100,0	36	100.0

“Baba tarafında kekemelik var mı?” ifadesi için kontrol grubunun %4,8’i evet, %73,8’i hayır cevabını vermiştir.

“Baba tarafında kekemelik var mı?” ifadesi için Deney grubunun %22,2’si evet, %72,2’si hayır cevabını vermiştir.

Tablo 13: Akraba evliliği olma durumu dağılımı

Akraba evliliği yaptınız mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	18	21,4	9	25,0
Hayır	50	59,5	23	63,9
Yanıtız	16	19,1	4	11,1
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Akraba evliliği yaptınız mı?” ifadesi için kontrol grubunun %21,4’ü evet, %59,5’i hayır cevabını vermiştir.

“Akraba evliliği yaptınız mı?” ifadesi için Deney grubunun %25’i evet, %63,9’u hayır cevabını vermiştir.

Tablo 14: Akrabalardan önce kekeme olup sonra düzelen olma durumu dağılımı

Akrabalarınız arasında önceden kekeme olan sonradan düzelen var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	5	6,0	10	27,8
Hayır	59	70,2	23	63,9
Yanıtız	20	23,8	3	8,3
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Akraba evliliği yaptınız mı?” ifadesi için kontrol grubunun %6’sı evet, %70,2’si hayır cevabını vermiştir.

“Akraba evliliği yaptınız mı?” ifadesi için Deney grubunun %27,8’i evet, %63,9’u hayır cevabını vermiştir.

Tablo 15: Akrabalarda konuşma bozukluğu olma durumu dağılımı

Akrabalarınız arasında herhangi bir konuşma bozukluğu var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	4	4,8	12	33,3
Hayır	63	75,0	21	58,3
Yanıtız	17	20,2	3	8,4
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Akrabalarınız arasında herhangi bir konuşma bozukluğu var mı?” ifadesi için kontrol grubunun %4,8’i evet, %75’i hayır cevabını vermiştir.

“Akrabalarınız arasında herhangi bir konuşma bozukluğu var mı?” ifadesi için deney grubunun %33,3’ü evet, %58,3’ü hayır cevabını vermiştir.

Tablo 16: İkiz çocuk sahip olma durumu dağılımı

İkiz çocuğunuz var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	7	8,3	3	8,3
Hayır	59	70,2	30	83,3
Yanıtız	18	21,5	3	8,4
Toplam	84	100,0	36	100,0

“İkiz çocuğunuz var mı?” ifadesi için kontrol grubunun %8,3’ü evet, %70,2’si hayır cevabını vermiştir.

“İkiz çocuğunuz var mı?” ifadesi için Deney grubunun %8,3’ü evet, %83,3’ü hayır cevabını vermiştir.

Tablo 17: Diğer çocuklarda kekemelik durumu dağılımı

Diğer çocuklarınızda kekemelik sorunu var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	1	1,2	5	13.9
Hayır	65	77,4	28	77.8
Yanıtız	18	21,4	3	8.3
Toplam	84	100,0	36	100.0

“Diğer çocuklarınızda kekemelik sorunu var mı?” ifadesi için kontrol grubunun %1,2’si evet, %77,4’ü hayır cevabını vermiştir.

“Diğer çocuklarınızda kekemelik sorunu var mı?” ifadesi için Deney grubunun %13,9’u evet, %77,8’i hayır cevabını vermiştir.

Tablo 18: Çocuğun korkularının dağılımı

Çocuğunuzun hangi korkuları vardır	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Karanlık	29	50,9	13	41.9
Yetişkinler	4	7,0	5	16.1
Yalnızlık	19	33,3	10	32.3
Kapalı yerler	14	24,6	5	16.1
Yükseklik	15	26,3	5	16.1
Öğretmen	3	5,3	3	9.7
Hayvan	16	28,1	10	32.3
Diğer	7	12,3	2	6.5

Kontrol grubunun %50,9’unun karanlık, %7’sinin yetişkinler, %33,3’ünün yalnızlık, %24,6’sinin kapalı yerler, %26,3’ünün yükseklik, %5,3’ünün öğretmen, %28,1’inin hayvan korkusu vardır.

Deney grubunun %41,9'unun karanlık, %16,1'inin yetişkinler, %32,3'ünün yalnızlık, %16,1'inin kapalı yerler, %16,1'inin yükseklik, %9,7'sinin öğretmen, %32,3'ünün hayvan korkusu vardır.

Tablo 19: Çocukta tik olma durumu dağılımı

Çocuğunuzun tikleri var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	11	13,1	10	27,8
Hayır	56	66,7	24	66,7
Yanıtız	17	20,2	2	5,5
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Çocuğunuzun tikleri var mı?” ifadesi için kontrol grubunun %13,1'i evet, %66,7'si hayır cevabını vermiştir.

“Çocuğunuzun tikleri var mı?” ifadesi için Deney grubunun %27,8'i evet, %66,7'si hayır cevabını vermiştir.

Tablo 20: Çocuğun tiklerinin dağılımı

Ne tür tikleri vardır?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Göz kırpma	2	12,5	3	17,6
Dudak ısırma ya da yeme	6	37,5	2	11,8
Kol bacak oynatma	3	18,8	7	41,2
El ve parmaklarla oynama	7	43,8	4	23,5
Kaş oynatma	0	0,0	1	5,9
Burun oynatma	0	0,0	2	11,8
Diğer	2	11,8	3	17,6

Kontrol grubunun %12,5'inin göz kırpma, %37,5'inin dudak ısırma ya da yeme, %18,8'inin kol bacak oynatma, %43,8'inin el ve parmaklarla oynama, %11,8'inin diğer tikleri vardır.

Deney grubunun %17,6'sının göz kırpmaya, %11,8'inin dudak ısırma yada yeme, %41,2'sinin kol bacak oynatma, %23,5'inin el ve parmaklarla oynama, %5,9'unun kaş oynatma, %11,8'inin burun oynatma, %17,6'sının diğer tikleri vardır.

Tablo 21: Çocuğun gece alt ıslatma durumu dağılımı

Gece alt ıslatması var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	6	7,1	5	13,9
Hayır	62	73,8	28	77,8
Yanıtız	16	19,1	3	8,3
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Gece alt ıslatması var mı?” ifadesi için kontrol grubunun %7,1'i evet, %73,8'i hayır cevabını vermiştir.

“Gece alt ıslatması var mı?” ifadesi için Deney grubunun %13,9'u evet, %77,8'i hayır cevabını vermiştir.

Tablo 22: Çocuğun dışkı kaçırmaya durumu dağılımı

Gece dışkı kaçırmaya var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	0	0,0	15	41,7
Hayır	68	81,0	18	50,0
Yanıtız	16	19,0	3	8,3
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Gece dışkı kaçırmaya var mı?” ifadesi için kontrol grubunun %81'i hayır cevabını vermiştir.

“Gece dışkı kaçırmaya var mı?” ifadesi için Deney grubunun %41,7'si evet, %50'si hayır cevabını vermiştir.

Tablo 23: Çocuğunuzun saldırgan davranışı olma durumu dağılımı

Çocuğunuzun saldırgan davranışları var mı?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	11	13,1	15	41,7
Hayır	56	66,7	18	50,0
Yanıtız	17	20,2	3	8,3
Toplam	84	100,0	36	100,0

“Çocuğunuzun saldırgan davranışları var mı?” ifadesi için kontrol grubunun %13,1’i evet, %66,7’si hayır cevabını vermiştir.

“Çocuğunuzun saldırgan davranışları var mı?” ifadesi için Deney grubunun %41,7’si evet, %50’si hayır cevabını vermiştir.

Tablo 24: Çocuğunuzun saldırgan davranışlarının dağılımı

Saldırgan davranışlar	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Başkasına vurmak	9	60	8	53,3
Kendine vurmak	0	0,0	1	6,7
Bir şeyleri fırlatmak	4	26,7	3	20,0
Bir şeyleri dökmek	1	6,7	0	0,0
Diğer	4	26,7	5	33,3

Kontrol grubunun %60’ı başkasına vurarak, %26,7’si bir şeyleri fırlatarak, %6,7’si bir şeyleri dökerek, %26,7’si diğer şekillerde saldırgan davranışlarda bulunmaktadır. Deney grubunun %53,3’ü başkasına vurarak, %6,7’si kendine vurarak, %20’si bir şeyleri fırlatarak, %33,3’ü diğer şekillerde saldırgan davranışlarda bulunmaktadır.

Tablo 25: Çocuğun kendine güveni olma durumu dağılıml

Çocuğunuz kendine güvensiz bir çocuk mudur?	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	F	%	f	%
Evet	15	17,9	13	36.1
Hayır	51	60,7	21	58.3
Yanıtsız	18	21,4	2	5.6
Toplam	84	100,0	36	100.0

“Çocuğunuz kendine güvensiz bir çocuk mudur?” ifadesi için kontrol grubunun %17,9’u evet, %60,7’si hayır cevabını vermiştir.

“Çocuğunuz kendine güvensiz bir çocuk mudur?” ifadesi için Deney grubunun %36,1’i evet, %58,3’ü hayır cevabını vermiştir.

Tablo 26: Kekemeliği düzeltme yöntemleri dağılıml

Kekemeliği düzeltmek için başvurulanan yöntem	Deney Grubu	
	f	%
Kekemeliğin düzeltilmesi için doktora götürüldü	23	67.6
Kekemeliğin düzeltilmesi için psikologa ya da pedegoğa götürüldü	19	55.9
Kekemeliğin düzeltilmesi için hocaya (muska vs.) götürüldü	5	14.7
Kekemeliğin düzeltilmesi için diğer yollara başvuruldu	1	2.9

Kekemeliğin düzeltilmesi için Deney grubunun %67,6’sı doktora götürülmüş, %55,9’u psikologa ya da pedagoğa götürülmüş, %14,7’si hocaya (muska vs.) götürülmüş, %2,9’u diğer yollara başvurmuştur.

Tablo 27: Kekemeliğin azaldığı durum dağılımı

Kekemeliğin azaldığı durumlar	Deney Grubu	
	F	%
Şarkı söylerken	22	66.7
Yabancı dilde konuşurken	0	0.0
Arkadaşlarıyla konuşurken	4	12.1
Ailede birisiyle konuşurken	2	6.1
Sakinken	16	48.5
Mutluyken	5	15.2
Yalnızken	5	15.2

Deney grubunun %66,7'si şarkı söylerken, %12,1'i arkadaşlarıyla konuşurken, %6,1'i ailede birisiyle konuşurken, %48,5'i sakinken, %15,2'si mutluyken, %15,2'si yalnızken kekemeliği azalmaktadır.

Tablo 28: Kekemeliğin arttığı durum dağılımı

Kekemeliğin arttığı durumlar	Deney Grubu	
	F	%
Heyecanlanınca	27	79.4
Korkunca	14	41.2
Arkadaşları ile konuşurken	7	20.6
Yabancı biri ile konuşurken	11	32.4
Aileden biri ile konuşurken	7	20.6
Mutluyken	2	5.9
Sinirlenince	19	55.9

Deney grubunun %79,4'ü heyecanlanınca, %41,2'si korkunca, %20,6'sı arkadaşları ile konuşurken, %32,4'ü yabancı biri ile konuşurken, %20,6'sı aileden biri ile konuşurken, %5,9'u mutluyken, %55,9'u sinirlenince kekemeliği artmaktadır.

Tablo 29: Sosyal Anksiyete Düzeyi Dağılımı

Grup	Sosyal Anksiyete Düzeyi		
	N	Ort.	ss
Kontrol	83	46,51	14,19
Denek	36	43,25	16,05

83 kişiden oluşan Kontrol grubunun sosyal anksiyete düzeyi ortalaması 46,51'dir.

36 kişiden oluşan Deney grubunun sosyal anksiyete düzeyi ortalaması 43,25'tir.

Tablo 30: Sosyal Fobi Düzeyi Dağılımı

Grup	Sosyal Fobi Düzeyi		
	N	Ort.	ss
Kontrol	83	58,79	11,75
Denek	36	58,38	16,8

83 kişiden oluşan Kontrol grubunun sosyal fobi düzeyi ortalaması 58,79'dur.

36 kişiden oluşan Deney grubunun sosyal fobi düzeyi ortalaması 58,38'dir.

Tablo 31: IQ Düzeyi Dağılımı

IQ Düzeyi	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	f	%	f	%
Zihinsel gerilik	2	2,4	4	11.1
Sınır zeka	5	6,0	5	13.9
Yaşına göre uygun zeka	12	14,3	9	25.0
Yaşının üstü zeka	22	26,2	10	27.8
Üstün zeka	18	21,4	6	16.7
Çok üstün zeka	25	29,7	2	5.5
Toplam	84	100,0	36	100.0

Kontrol grubunun %2,4'ü zihinsel gerilik, %6'sı sınır zeka, %14,3'ü yaşına göre uygun zeka, %26,2'si yaşının üstü zeka, %21,4'ü üstün zeka, %29,7'si çok üstün zekaya sahiptir.

Deney grubunun %11,1'i zihinsel gerilik, %13,9'u sınır zeka, %25'i yaşına göre uygun zeka, %27,8'i yaşının üstü zeka, %16,7'si üstün zeka, %5,5'i çok üstün zekaya sahiptir

H1: 8-12 yaş grubu kekeme çocuklarda sosyal anksiyete düzeyi, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarına göre daha yüksektir.

H2: 8-12 yaş grubu kekeme çocuklarda sosyal fobi düzeyi, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarına göre daha yüksektir.

H3: 8-12 yaş grubu kekeme çocuklarda IQ düzeyi, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarına göre daha yüksektir.

Tablo 32: Gruplar ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi

Testler	Grup	N	Ort.	ss	t	P
IQ Düzeyi	Kontrol Grubu	84	130,357	122,502	1,580	0,117
	Deney Grubu	36	97,722	25,298		
Sosyal Anksiyete Düzeyi	Kontrol Grubu	83	47,108	14,192	1,431	0,155
	Deney Grubu	36	43,250	11,753		
Sosyal Fobi Düzeyi	Kontrol Grubu	83	58,795	16,049	0,125	0,901
	Deney Grubu	36	58,389	16,802		

IQ düzeyi, Anksiyete ve fobi test puanları ve gruplar arasındaki farklılığı araştırmak için gerçekleştirilen eşlenik grup t-testi sonucunda 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. ($p > 0,05$) İki grubun ortalamaları arasındaki fark IQ, anksiyete ve fobi testleri için anlamsızdır. H1, H2 ve H3 hipotezleri reddedilmektedir.

H4: 8- 12 yaş grubu kekeme çocuklarda sosyal fobi ve IQ düzeyi arasındaki ilişki, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarından daha yüksektir.

H5: 8- 12 yaş grubu kekeme çocuklarda sosyal anksiyete ve IQ düzeyi arasındaki ilişki, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarından daha yüksektir.

Tablo 33: Kontrol Grubu İçin Testler arasındaki ilişkinin incelenmesi

		IQ Düzeyi	Sosyal Anksiyete Düzeyi	Sosyal Fobi Düzeyi
IQ Düzeyi	Korelasyon	1	-0,027	-0,004
	P		0,810	0,973
	N	84	83	83
Sosyal Anksiyete Düzeyi	Korelasyon	-0,027	1	0,631
	P	0,810		0,000
	N	83	83	83
Sosyal Fobi Düzeyi	Korelasyon	-0,004	0,631	1
	P	0,973	0,000	
	N	83	83	83

Tablodaki 0,631 değeri “Sosyal Anksiyete Düzeyi” ve “Sosyal Fobi Düzeyi” arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ve bu ilişki 0,05 anlam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.($r=0,631$; $p=0,000<0,05$) Sosyal anksiyete düzeyinde ki puan değişimi sosyal fobi düzeyinde aynı yönde bir değişime neden olacaktır. Sosyal anksiyete arttıkça, sosyal fobi de artacaktır.

Tablo 34: Deney Grubu İçin Testler arasındaki ilişkinin incelenmesi

		IQ Düzeyi	Sosyal Anksiyete Düzeyi	Sosyal Fobi Düzeyi
IQ Düzeyi	Korelasyon	1	-0,267	-0,146
	P		0,115	0,394
	N	36	36	36
Sosyal Anksiyete Düzeyi	Korelasyon	-0,267	1	0,692
	P	0,115		0,000
	N	36	36	36
Sosyal Fobi Düzeyi	Korelasyon	-0,146	0,692	1
	P	0,394	0,000	
	N	36	36	36

Tablodaki 0,692 değeri “Sosyal Anksiyete Düzeyi” ve “Sosyal Fobi Düzeyi” arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ve bu ilişki 0,05 anlam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.($r=0,692$; $p=0,000<0,05$) Sosyal anksiyete düzeyinde ki puan değişimi sosyal fobi düzeyinde aynı yönde bir değişime neden olacaktır. Sosyal anksiyete arttıkça, sosyal fobi de artacaktır.

Görüldüğü gibi kontrol grubu ve Deney grubu içinde ilişki düzeyleri yaklaşık aynıdır. Kekeme çocukların IQ değerleri ile sosyal anksiyete ve sosyal fobi puanlarının normal çocuklardan yüksek olduğunu savunan H4 ve H5 hipotezi reddedilir.

Tablo 35: Kontrol Grubu için Babanın eğitim durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi

Testler	Baba Eğitim	N	Ort	ss	F	P
IQ Düzeyi	Okuma-yazma bilmiyor	3	87,000	8,544	0,664	0,619
	İlkokul mezunu	30	117,167	23,140		
	Ortaokul mezunu	7	101,143	28,557		
	Lise mezunu	20	171,950	247,478		
	Yüksek okul mezunu	6	123,000	26,038		
	Toplam	66	131,227	138,082		
Sosyal Anksiyete Düzeyi	Okuma-yazma bilmiyor	3	45,333	10,786	0,988	0,421
	İlkokul mezunu	30	50,167	14,358		
	Ortaokul mezunu	6	49,833	25,151		
	Lise mezunu	20	42,700	11,868		
	Yüksek okul mezunu	6	52,167	12,561		
	Toplam	65	47,800	14,623		
Sosyal Fobi Düzeyi	Okuma-yazma bilmiyor	3	59,667	15,822	0,728	0,576
	İlkokul mezunu	30	61,467	20,132		
	Ortaokul mezunu	6	55,667	9,374		
	Lise mezunu	20	54,050	11,019		
	Yüksek okul mezunu	6	61,500	12,438		
	Toplam	65	58,569	16,076		

Test puanları ve babanın eğitim durumu arasındaki farklılığı araştırmak için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Test puanları ile babanın eğitim düzeyi arasında 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunamamıştır. ($p > 0,05$) Babanın eğitim düzeyi çocukların IQ, Anksiyete ve sosyal Fobi puanlarını etkilememektedir.

Tablo 36: Kontrol Grubu için Annenin eğitim durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi

Testler	Anne eğitimi	N	Ort	ss	F	P
IQ Düzeyi	Okuma-yazma bilmiyor	2	75,000	18,385	1,383	0,250
	İlkokul mezunu	44	117,659	21,321		
	Ortaokul mezunu	9	228,778	372,359		
	Lise mezunu	9	114,333	22,913		
	Yüksek okul mezunu	2	117,000	55,154		
	Toplam	66	131,045	138,085		
Sosyal Anksiyete Düzeyi	Okuma-yazma bilmiyor	2	42,000	15,556	0,803	0,528
	İlkokul mezunu	44	46,432	13,817		
	Ortaokul mezunu	8	48,125	10,535		
	Lise mezunu	9	52,778	21,076		
	Yüksek okul mezunu	2	60,500	14,849		
	Toplam	65	47,815	14,630		
Sosyal Fobi Düzeyi	Okuma-yazma bilmiyor	2	60,000	24,042	0,241	0,914
	İlkokul mezunu	44	59,114	17,037		
	Ortaokul mezunu	8	61,625	15,380		
	Lise mezunu	9	55,222	18,444		
	Yüksek okul mezunu	2	66,000	14,142		
	Toplam	65	59,123	16,733		

Test puanları ve annenin eğitim durumu arasındaki farklılığı araştırmak için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Test puanları ile annenin eğitim düzeyi arasında 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p > 0,05$) annenin eğitim düzeyi çocukların IQ, Anksiyete ve sosyal Fobi puanlarını etkilememektedir.

Tablo 37: Kontrol Grubu için Annenin meslek durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi

Testler	Annenin mesleği	N	Ort	ss	F	P
IQ Düzeyi	Emekli	1	78,000	.	0,148	0,963
	İşçi	4	88,250	21,608		
	Esnaf	1	123,000	.		
	Serbest Meslek	1	110,000	.		
	Ev Hanımı	60	135,333	144,166		
	Toplam	67	131,104	137,035		
Sosyal Anksiyete Düzeyi	Emekli	1	50,000	.	0,124	0,973
	İşçi	4	44,500	17,935		
	Esnaf	1	55,000	.		
	Serbest Meslek	1	45,000	.		
	Ev Hanımı	59	48,034	14,774		
	Toplam	66	47,909	14,537		
Sosyal Fobi Düzeyi	Emekli	1	56,000	.	1,335	0,267
	İşçi	4	55,500	27,683		
	Esnaf	1	96,000	.		
	Serbest Meslek	1	55,000	.		
	Ev Hanımı	59	58,881	15,635		
	Toplam	66	59,136	16,604		

Test puanları ve annenin mesleği arasındaki farklılığı araştırmak için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Test puanları ile annenin mesleği arasında 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p > 0,05$) Annenin mesleği, çocukların IQ, Anksiyete ve sosyal Fobi puanlarını etkilememektedir.

H6: Anne-babanın eğitim düzeyi kekeme çocukların anksiyete ve sosyal fobileri üzerinde diğer gruba göre daha etkilidir.

Tablo 38: Deney Grubu için Babanın eğitim durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi

Testler	Babanın eğitimi	N	Ort	ss	F	P
IQ Düzeyi	İlkokul mezunu	17	100,824	30,067	0,201	0,895
	Ortaokul mezunu	5	93,400	13,126		
	Lise mezunu	6	91,667	32,977		
	Yüksek okul mezunu	1	93,000	.		
	Toplam	29	97,379	27,443		
Sosyal Anksiyete Düzeyi	İlkokul mezunu	17	46,353	12,211	0,706	0,557
	Ortaokul mezunu	5	44,000	14,318		
	Lise mezunu	6	38,167	7,782		
	Yüksek okul mezunu	1	44,000	.		
	Toplam	29	44,172	11,659		
Sosyal Fobi Düzeyi	İlkokul mezunu	17	62,471	20,249	0,878	0,466
	Ortaokul mezunu	5	53,600	10,597		
	Lise mezunu	6	50,500	16,047		
	Yüksek okul mezunu	1	48,000	.		
	Toplam	29	57,966	18,098		

Test puanları ve babanın eğitim durumu arasındaki farklılığı araştırmak için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Test puanları ile babanın eğitim düzeyi arasında 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunamamıştır. ($p > 0,05$) Babanın eğitim düzeyi çocukların IQ, Anksiyete ve sosyal Fobi puanlarını etkilememektedir.

Tablo 39: Deney Grubu için Annenin eğitim durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi

Testler	Annenin Eğitimi	N	Ort	ss	F	P
IQ Düzeyi	İlkokul mezunu	28	97,679	27,898	0,093	0,762
	Lise mezunu	1	89,000	.		
	Toplam	29	97,379	27,443		
Sosyal Anksiyete Düzeyi	İlkokul mezunu	28	44,321	11,845	0,129	0,723
	Lise mezunu	1	40,000	.		
	Toplam	29	44,172	11,659		
Sosyal Fobi Düzeyi	İlkokul mezunu	28	58,750	17,921	1,556	0,223
	Lise mezunu	1	36,000	.		
	Toplam	29	57,966	18,098		

Test puanları ve annenin eğitim durumu arasındaki farklılığı araştırmak için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Test puanları ile annenin eğitim düzeyi arasında 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p > 0,05$) annenin eğitim düzeyi çocukların IQ, Anksiyete ve sosyal Fobi puanlarını etkilememektedir.

Tablo 40: Deney Grubu için Annenin meslek durumu ile testlerin puanları arasındaki farkın incelenmesi

Testler	Annenin Mesleği	N	Ort	ss	F	P
IQ Düzeyi	Emekli	1	63,000	.	0,996	0,383
	İşçi	3	107,667	18,610		
	Ev Hanımı	25	97,520	28,058		
	Toplam	29	97,379	27,443		
Sosyal Anksiyete Düzeyi	Emekli	1	43,000	.	2,628	0,991
	İşçi	3	58,000	14,000		
	Ev Hanımı	25	42,560	10,751		
	Toplam	29	44,172	11,659		
Sosyal Fobi Düzeyi	Emekli	1	37,000	.	3,466	0,046
	İşçi	3	79,667	14,224		
	Ev Hanımı	25	56,200	16,877		
	Toplam	29	57,966	18,098		

Test puanları ve annenin mesleği arasındaki farklılığı araştırmak için gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. IQ düzeyi ve Anksiyete düzeyi ile annenin mesleği arasında 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p > 0,05$) Annenin mesleği, çocukların IQ ve Anksiyete puanlarını etkilememektedir.

Sosyal fobi puanı ile annenin mesleği arasında 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ($p < 0,05$) Annenin mesleği, çocukların IQ ve Anksiyete puanlarını etkilemektedir. Ortalamalar incelendiğinde “işçi” annelerin çocuklarının sosyal fobi puanı diğer meslek gruplarındaki annelerin çocuklarına göre daha yüksektir.

H7: Kekeme çocuklarda yaş ilerledikçe sosyal anksiyete ve sosyal fobi artmaktadır.

Tablo 41: Kontrol Grubu İçin yaş grubu ve test puanları arasındaki farkın incelenmesi

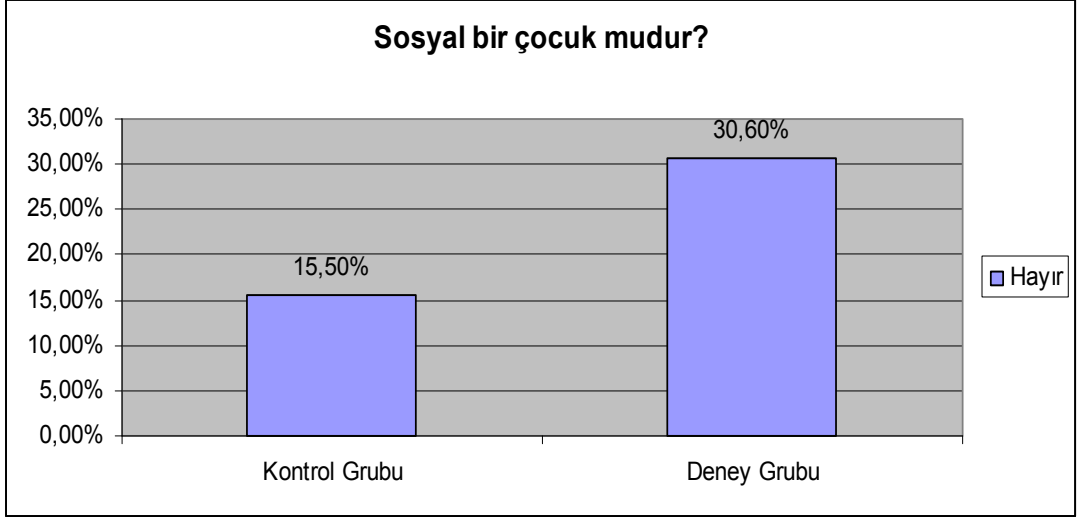
Testler	Yaş	N	Ort	ss	t	p
Sosyal Anksiyete Düzeyi	8–9 yaş grubu	26	48,654	17,770	0,720	0,474
	10–12 yaş grubu	56	46,214	12,371		
Sosyal Fobi Düzeyi	8–9 yaş grubu	26	55,154	16,343	-1,346	0,182
	10–12 yaş grubu	56	60,268	15,857		

Test puanları ve çocuğun yaş grubu arasındaki farklılığı araştırmak için gerçekleştirilen bağımsız grup t-testi yapılmıştır. Test sonucunda 0,05 önem düzeyinde değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. ($p > 0,05$) Çocuğun yaş grubu test puanlarını etkilememektedir.

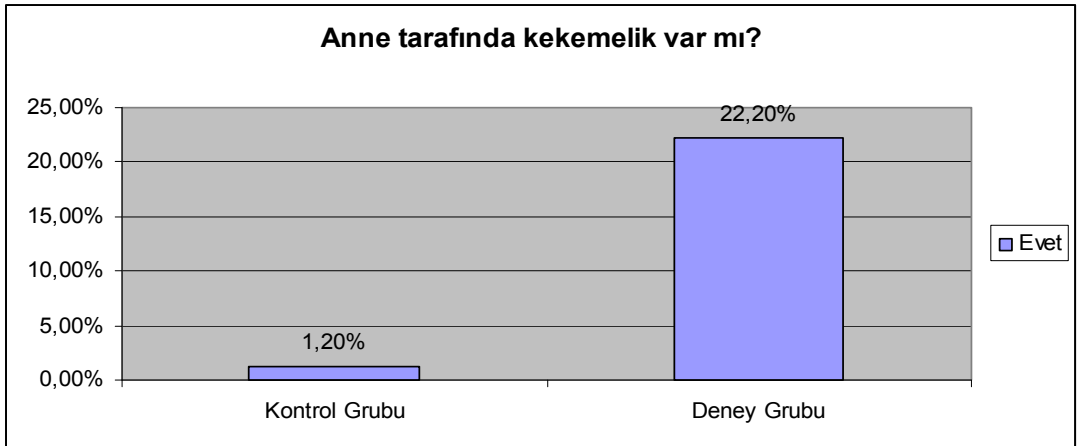
Tablo 42: Deney Grubu İçin yaş grubu ve test puanları arasındaki farkın incelenmesi

Testler	Yaş	N	Ort	ss	t	p
Sosyal Anksiyete Düzeyi	8–9 yaş grubu	12	41,833	12,619	-0,506	0,616
	10–12 yaş grubu	24	43,958	11,510		
Sosyal Fobi Düzeyi	8–9 yaş grubu	12	53,750	20,737	-1,178	0,247
	10–12 yaş grubu	24	60,708	14,390		

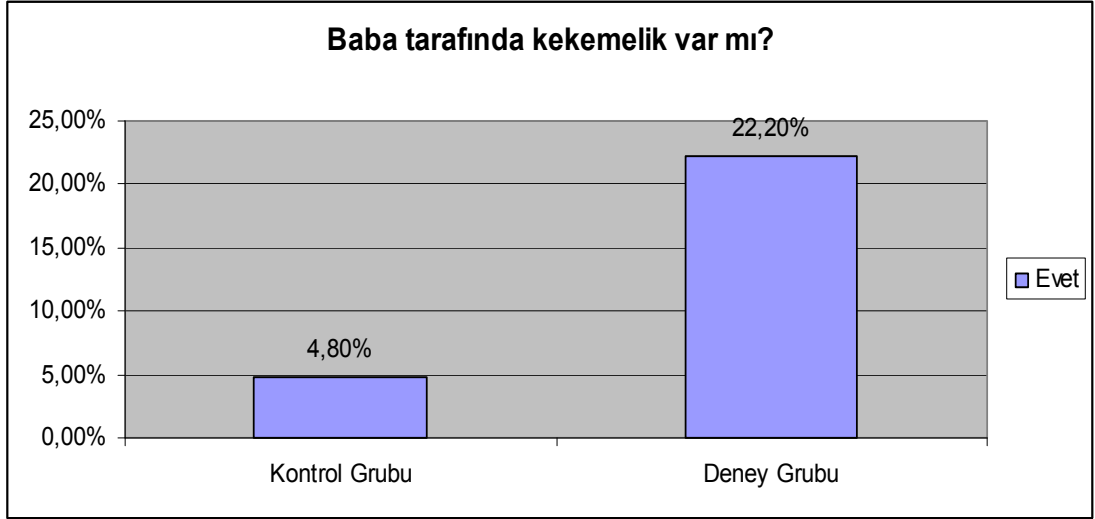
Test puanları ve çocuğun yaş grubu arasındaki farklılığı araştırmak için gerçekleştirilen bağımsız grup t-testi yapılmıştır. Sosyal Anksiyete ve Sosyal Fobi puanları için 0,05 önem düzeyinde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. ($p > 0,05$)



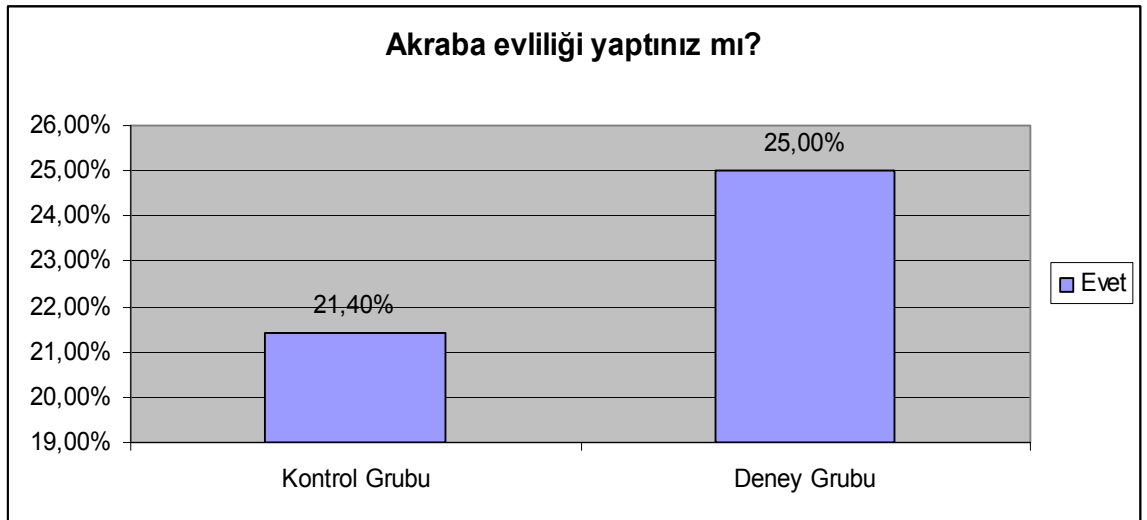
Şekil 1: Çocuğun Sosyal Olma Durumu



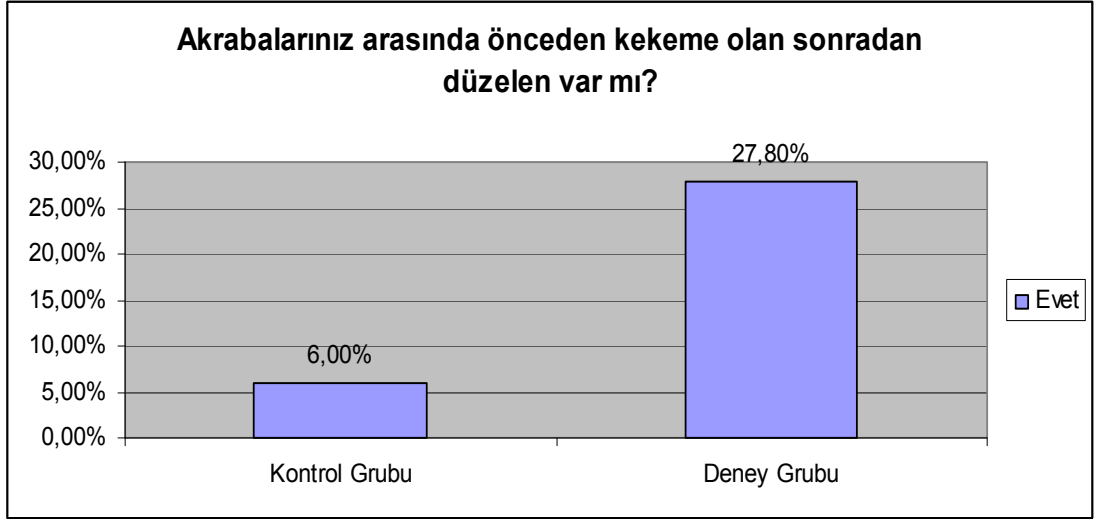
Şekil 2: Anne tarafında kekemelik durumu



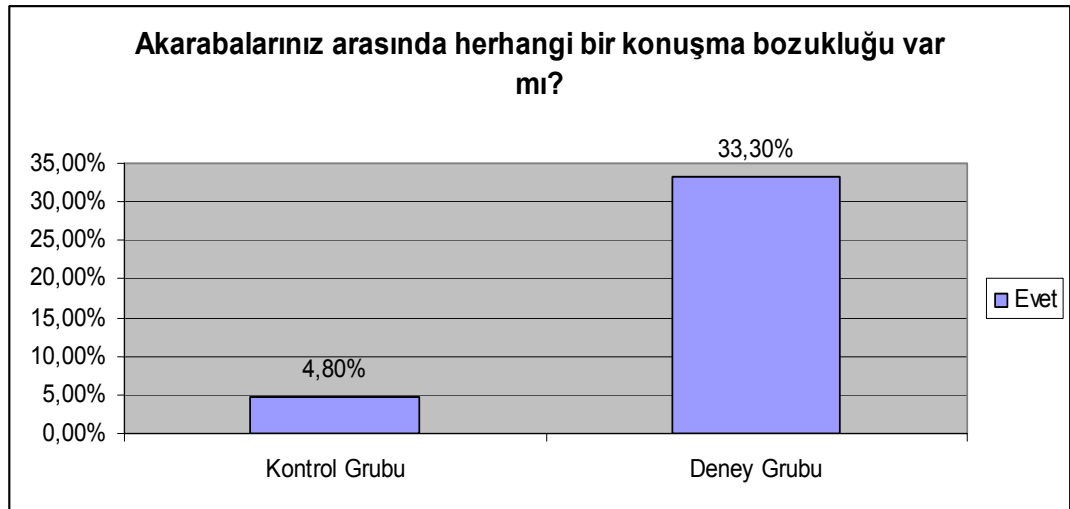
Şekil 3: Baba tarafında kekemelik durumu



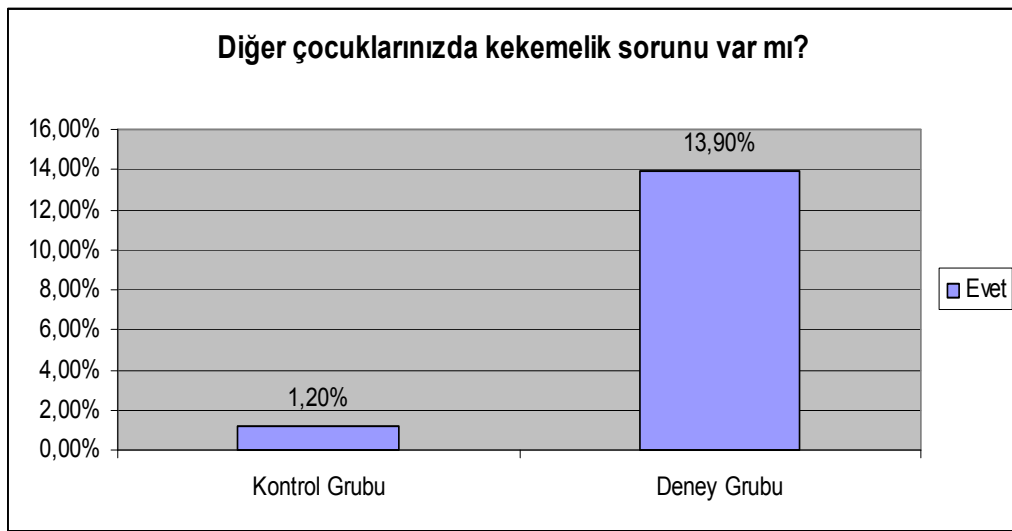
Şekil 4: Akraba evliliği kekemelik durumu



Şekil 5: Akrabalarda kekemelik ve düzelme durumu

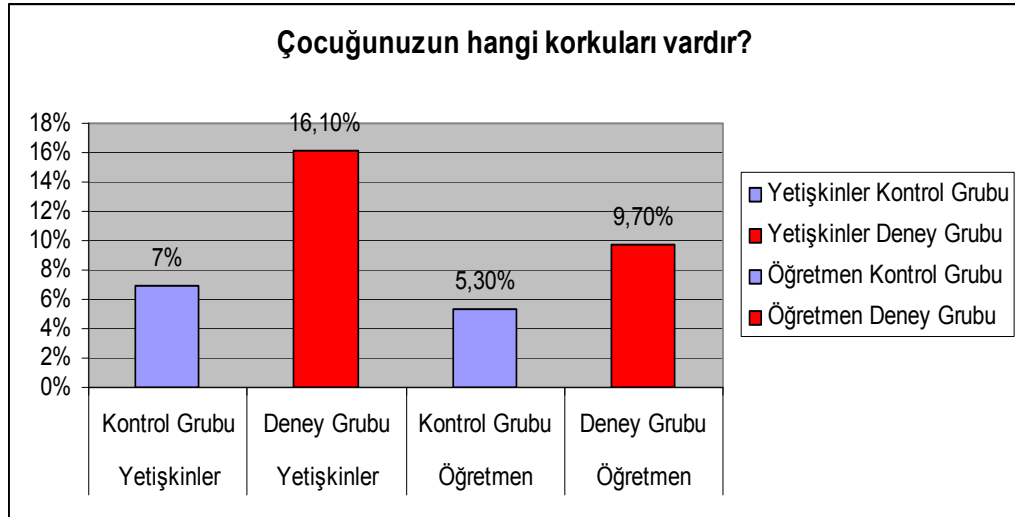


Şekil 6: Akrabalarda konuşma bozukluğu



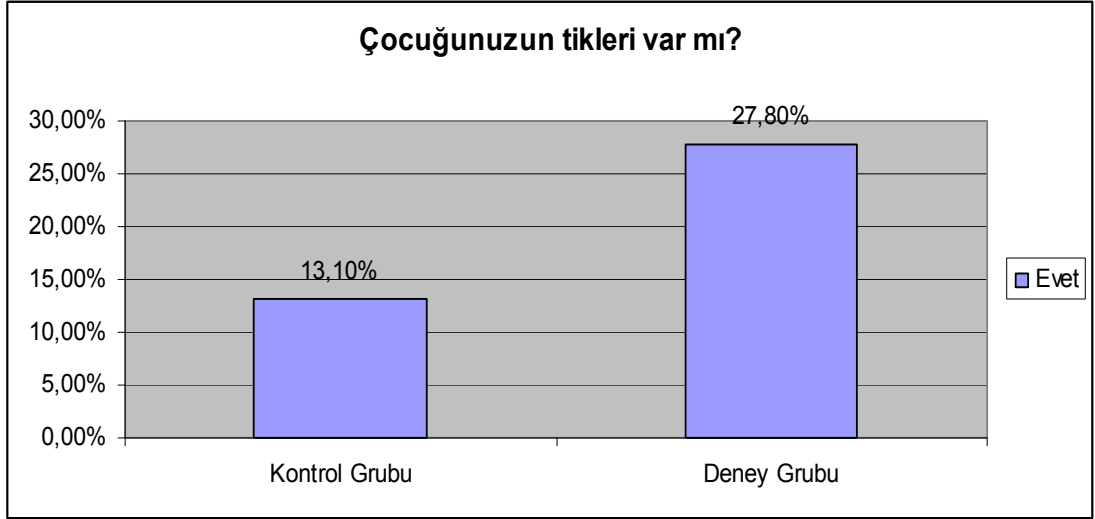
Şekil

7: Kardeşlerde kekemelik durumu

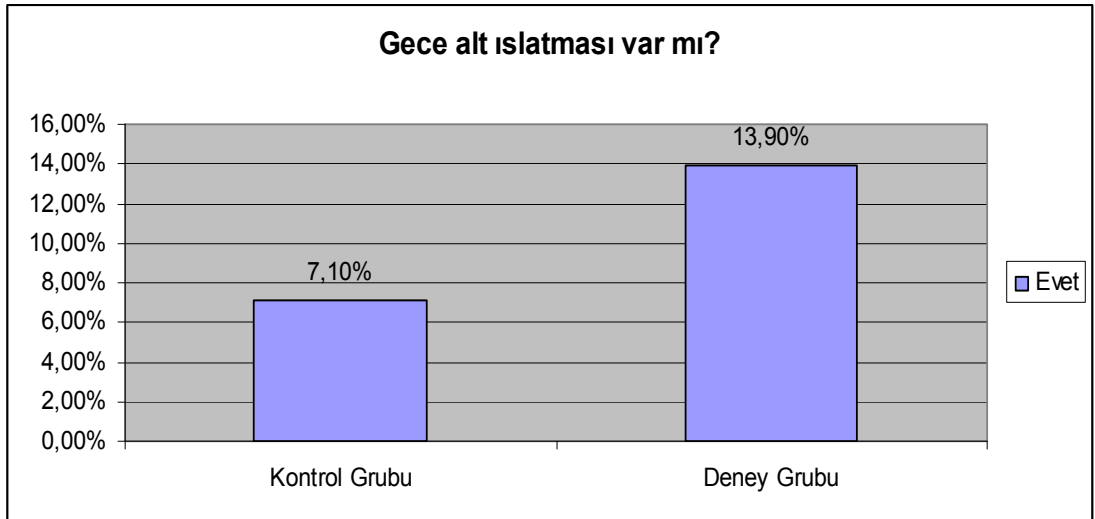


Şekil

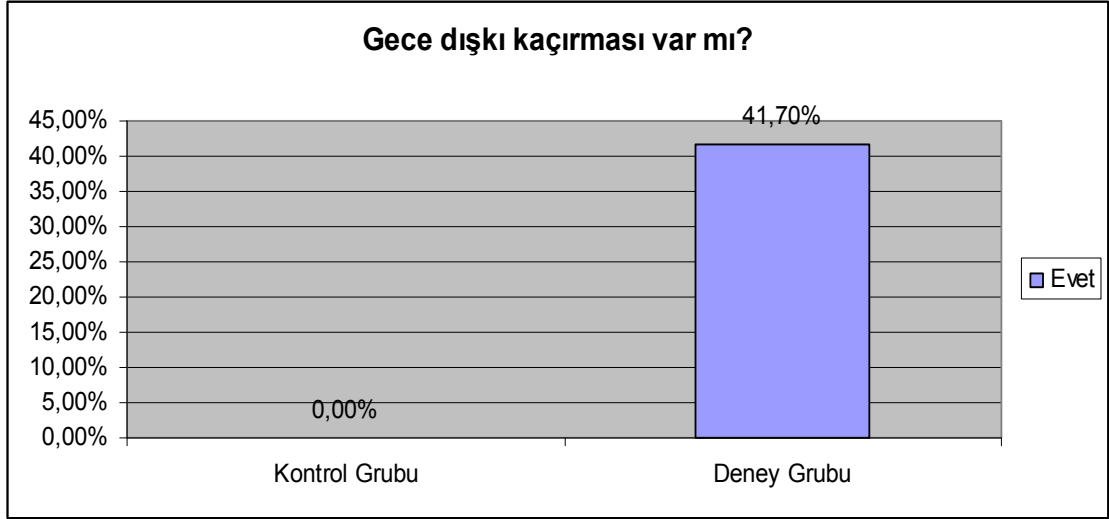
8: Çocuklarda korku durumu



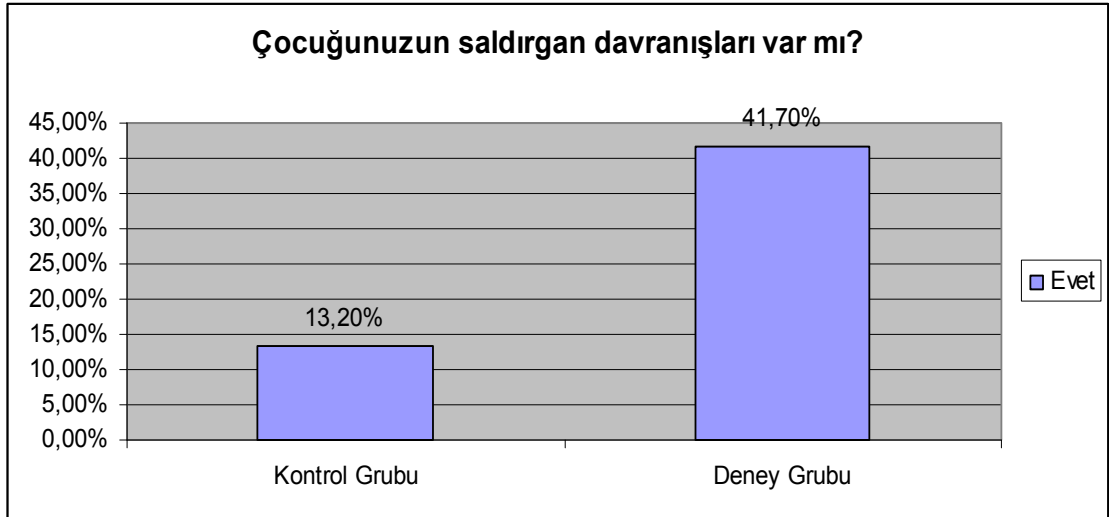
Şekil 9: Çocuklarda tik durumu



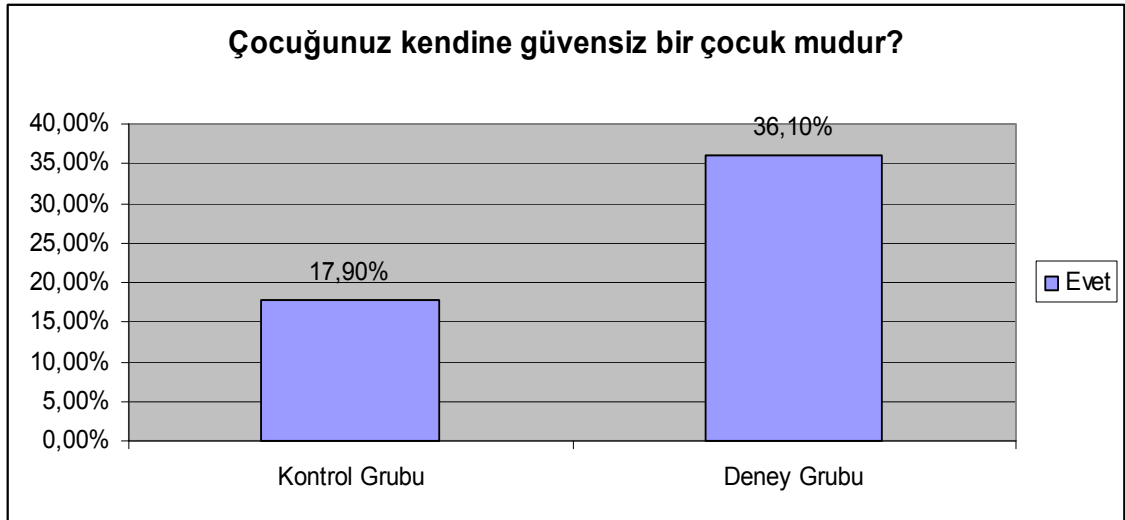
Şekil 10: Çocuklarda alt ıslatma durumu



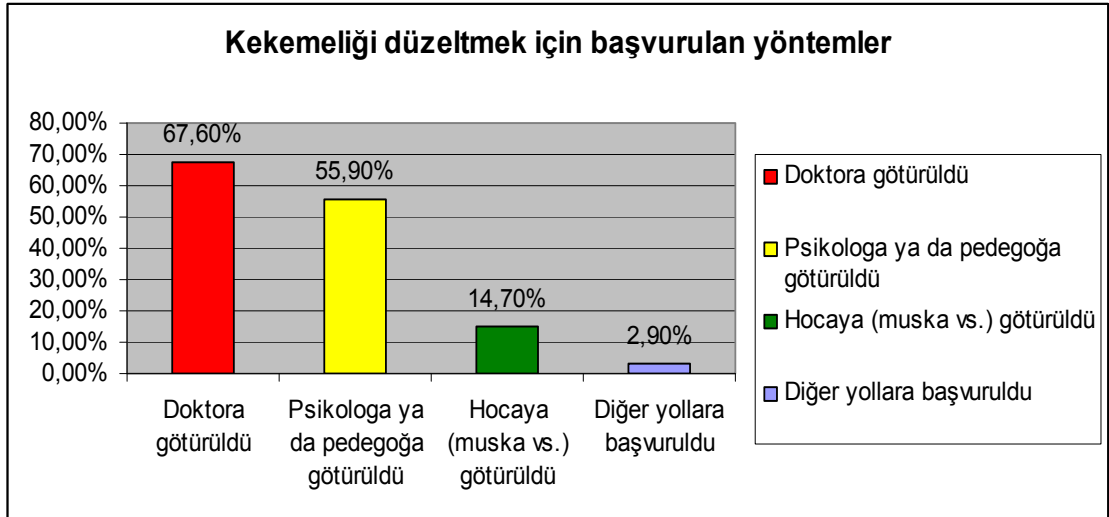
Şekil 11: Çocuklarda dışkı kaçırmama durumu



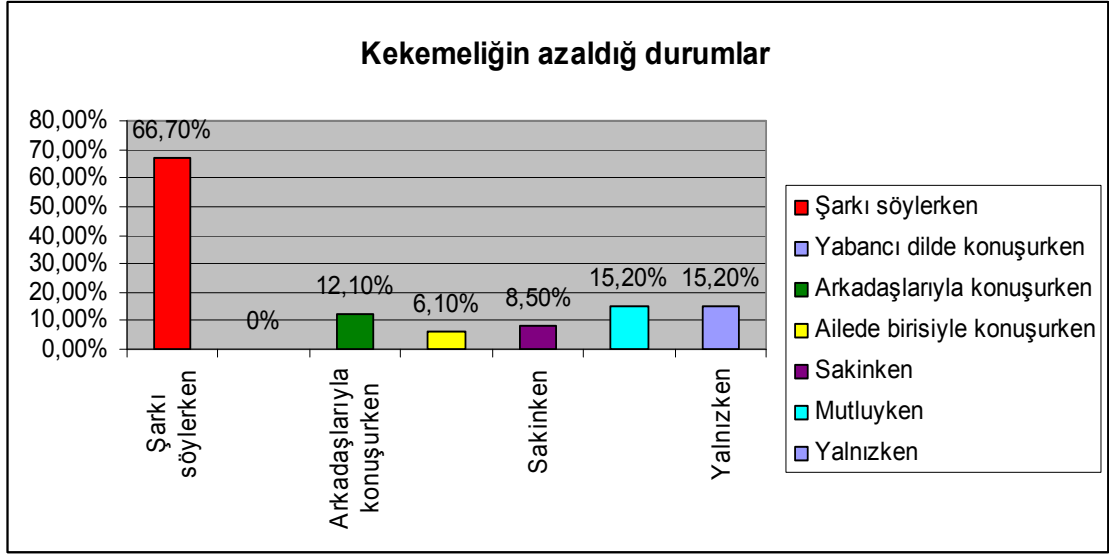
Şekil 12: Çocuklarda saldırganlık durumu



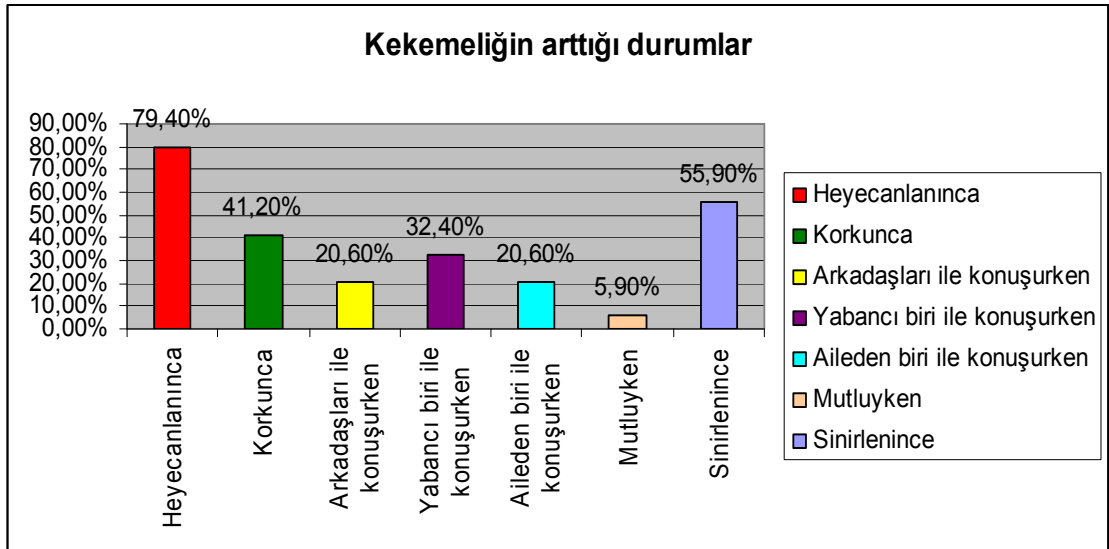
Şekil 13: Çocuklarda kendine güvensizlik durumu



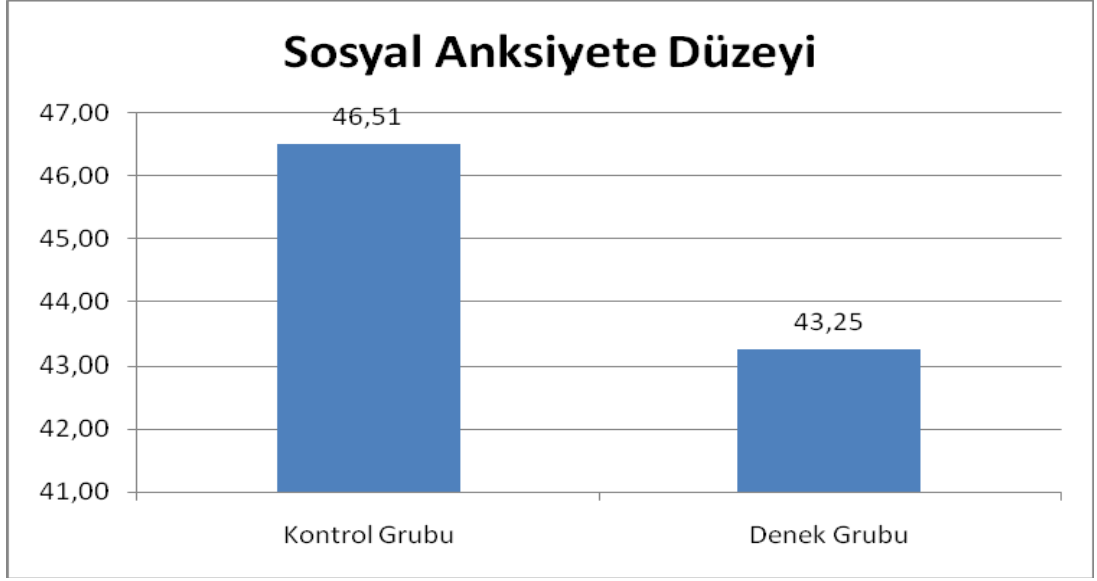
Şekil 14: Kekemeliği düzeltme yöntemleri



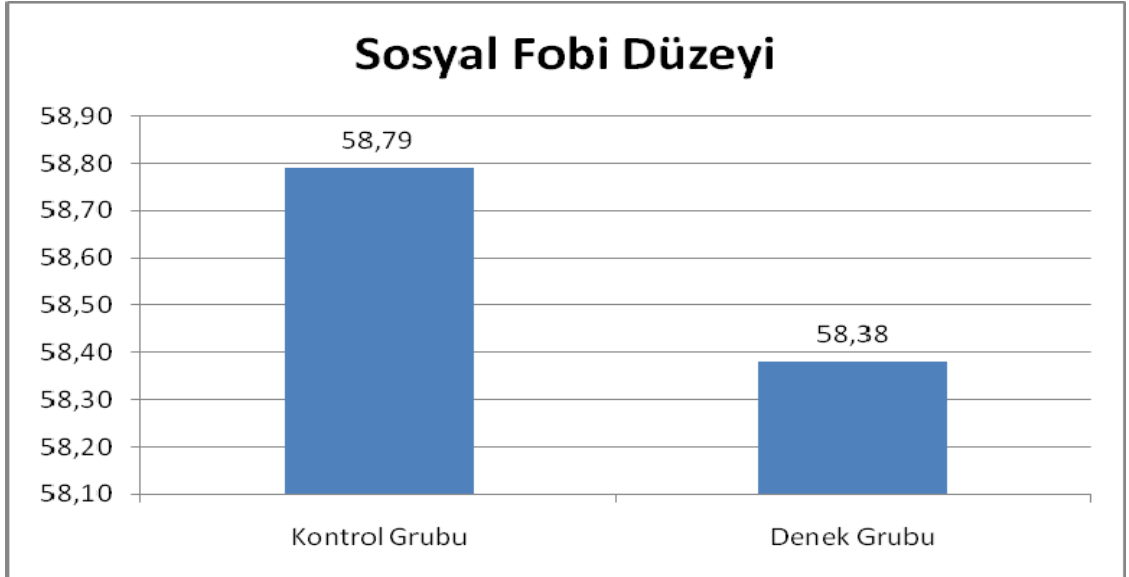
Şekil 15: Kekemeliğin azaldığı durumlar



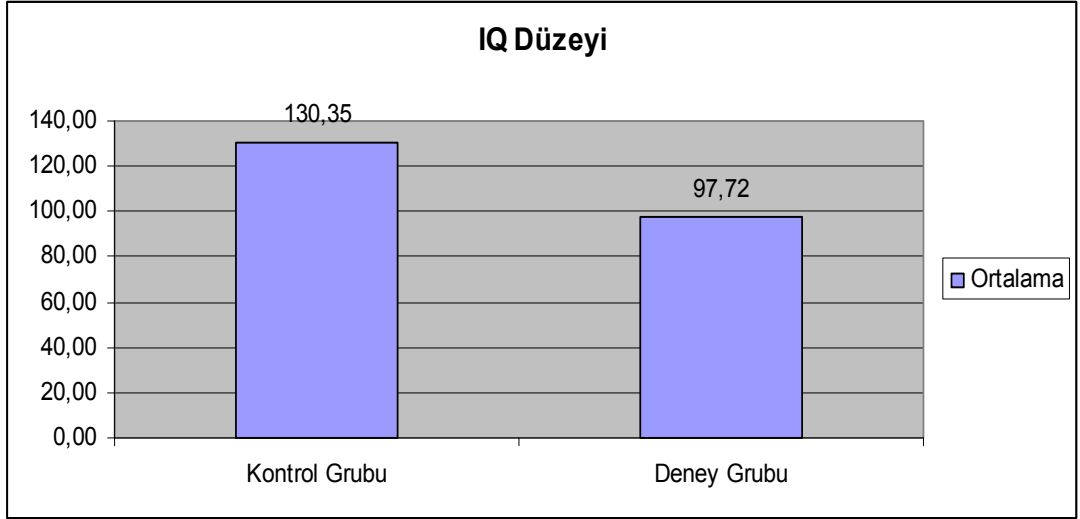
Şekil 16: Kekemeliğin arttığı durumlar



Şekil 17: Sosyal Anksiyete ölçeği bulguları



Şekil 18: Sosyal Fobi ölçeği bulguları



Şekil 19: IQ ölçeği bulguları

BÖLÜM V

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

5.1.Sonuçları

Araştırmada 8- 12 yaş kekeme çocuklarla aynı yaş grubu akıcı konuşan çocukların IQ, sosyal anksiyete ve sosyal fobi testlerinden aldıkları puanlar ile örneklem grubunun demografik özellikleri arasındaki ilişkilere yer verilmiştir.

8-12 yaş grubu kekeme çocuklarda sosyal anksiyete düzeyi, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarına göre daha yüksektir, hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

8-12 yaş grubu kekeme çocuklarda sosyal fobi düzeyi, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarına göre daha yüksektir, hipotezi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

8-12 yaş grubu kekeme çocuklarda IQ düzeyi, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarına göre daha yüksektir, hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

İki grubun ortalamaları arasındaki fark IQ, sosyal anksiyete ve sosyal fobi testleri için anlamsızdır. H1, H2 ve H3 hipotezleri reddedilmektedir.

8-12 yaş grubu kekeme çocuklarda sosyal fobi ve IQ düzeyi arasındaki ilişki, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarınkinden daha yüksektir, hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

8-12 yaş grubu kekeme çocuklarda sosyal anksiyete ve IQ düzeyi arasındaki ilişki, akıcı konuşan aynı yaş grubu çocuklarınkinden daha yüksektir, hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Kontrol grubu ve deney grubu içinde ilişki düzeyleri yaklaşık aynıdır. Kekeme çocukların IQ değerleri ile sosyal anksiyete ve sosyal fobi puanlarının normal çocuklardan yüksek olduğunu savunan H4 ve H5 hipotezi reddedilmiştir.

Anne-babanın eğitim düzeyi kekeme çocukların sosyal anksiyete ve sosyal fobileri üzerinde diğer gruba göre daha etkilidir, hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak annenin eğitim durumundaki düşüklük kontrol grubu üzerinde

etkili gözükmezken deney grubunda ki kekeme çocukların sosyal fobisini tetiklemektedir.

Kontrol grubunda ve deney grubunda yaşla sosyal fobinin arttığı görülürken kontrol grubunda yaş ile sosyal anksiyete azalmaktadır. Ancak kekeme çocuk grubunda yaş ile sosyal anksiyete de artmaktadır. Fakat kekeme çocuklarda yaş ilerledikçe sosyal anksiyete ve sosyal fobi artmaktadır, hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Test sonucunda 0,05 önem düzeyinde değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Tablo 3 'de "Sosyal bir çocuk mu?" sorusuna hayır yanıtını verenler deney grubunda %30,6 kontrol grubunda %15,5 olarak deney grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4'te görüldüğü gibi iki grup arasında okul başarısı yönünden iki grup arasında büyük bir fark yoktur. Sonuçlar deney grubunda %2,8 kontrol grubunda %0 olarak deney grubu lehine olsa da arada büyük bir fark mevcut değildir.

Tablo 10'da "Evinize gazete alır mısınız?" sorusunu deney grubunun %36,1'i hayır olarak yanıtlarken kontrol grubunda bu oran %20,2'dir. Almayanlar deney grubunda daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 11'de "Anne tarafında kekemelik var mı?" sorusuna evet deney grubunda %22,2 iken kontrol grubunda %1,2'dir. Deney grubunda bariz bir yüksek oran söz konusudur.

Tablo 12'de görüldüğü gibi baba tarafında kekemelik yüzdesi deney grubunda %22,2 iken kontrol grubunda %4,8'dir.

Tablo 13'de akraba evliliği deney grubunda %25 iken kontrol grubunda %21,4'tür. Kekeme çocukların ebeveynlerinde akraba evliliği daha fazla görülmüştür.

Tablo 14'te görüldüğü gibi akrabalar arasında kekeme olup sonradan düzelenler deney grubunda %27,8 kontrol grubunda ise %6 gibi düşük bir orandır.

Tablo 15'de akrabalarda konuşma bozukluğu olma hali kekemelerde %33,3 gibi bir oranla kontrol grubunda (%4,8) oldukça yüksektir.

Tablo 17’de ailede diğer çocuklarda kekemelik deney grubunda %13,9 iken kontrol grubunda sadece %1,2 oranında görülmektedir.

Tablo18’de ise her iki grup çocuğun en çok karanlıktan korktuğu, deney grubundaki çocukların kontrol grubuna göre yetişkinler(%7-%16,1) öğretmenler(%9,7-%5,3) ve hayvanlardan(%32,3 -%28.1) daha çok korktuğu anlaşılmaktadır.

Tablo 19 deney grubunda çocuklarda tik olması hali %27,8 iken kontrol grubunda %13,1’dir. Tiklerin kekemelerde fazlalığı dikkat çekmektedir.

Tablo 20’de Tik çeşitleri bakımında kontrol grubunda daha çok el-parmak oynatma(%43,8) ,dudak ısırma(%37,5) hakim iken, kekeme çocuklarda daha çok kol-bacak oynatma (%41.2),kaş oynatma(%5,9),burun oynatma(%11,8) gibi tiklerin yüzdeleri fazladır.

Tablo 21’de gece alt ıslatmanın deney grubunda % 13,9 ile kontrol grubundaki %7,1’lik orandan daha yüksek olduğunu görmekteyiz.

Tablo 22’de dışkı kaçırmının kontrol grubunda olmadığını ancak deney grubunda %41,7 oranında olduğunu görmekteyiz.

Tablo 23’de kekeme çocuklarda saldırganlık hakim iken (%41,7),kontrol grubunda bu oran sadece % 13,1 olarak görülmektedir.

Tablo 24’te saldırganlık çeşitleri arasında belirgin bir fark görülmemektedir. Deney grubunda diğerleri arasında kendine vurmak %6,7 iken kontrol grubunda görülmemektedir. Diğer ifade ile etrafına eşyaya karşı saldırganlığın yanı sıra kekeme çocuklarda kendine dönük bir saldırganlık da vardır.

Tablo 25’den anlaşıldığı üzere deney grubunda kendine güvensizlik % 36.1 ile kontrol grubundaki % 17.9 luk orandan daha fazladır.

Tablo 26’da kekemeliği düzeltmek için ailelerin en çok doktora(%67,6) sonra psikolog/pedagoğa gittikleri(%55,9)ama %14,7’lik oranın da hocaya gitmeyi ihmal etmediğini görmekteyiz.

Tablo 27’de kekemeliğin en çok şarkı söylerken azaldığını (%66,7) görüyoruz. Bunu %48,5’lik oranla sakinken %15,2 ile mutluyken %15,2 ile yalnızken %12,1 ile arkadaşlarla konuşurken ve %6,1 ile aileden biriyle konuşurken takip etmektedir.

Tablo 28’de Deney grubunun %79,4’ü heyecanlanınca, %55,9’u sinirlenince, %41,2’si korkunca, %32,4’ü yabancı biri ile konuşurken, %20,6’sı arkadaşları ile konuşurken, %20,6’sı aileden biri ile konuşurken, %5,9’u mutluyken kekemeliğinin arttığını görmekteyiz.

Tablo 37-40’da görüldüğü gibi annenin meslek durumu kontrol grubunda sadece sosyal fobide kısmen etkili olurken, deney grubunda bu etki anlamlılık seviyesine ($p<.05$) ulaşmaktadır. İşçi statüsünde olan annelerin çocuklarında sosyal fobinin yükseldiği dikkati çekmektedir.

5.2. Tartışma

Kekeme bireyler genellikle endişeleri olan sosyal ortamlarda kendilerini rahatsız ve aşağı hisseden, reddedilme beklentisi içinde olan, otorite figürleriyle ilişkide aşırı duyarlı nevrotik özellikli kişilerdir(İnceer ve Kocadere,1999). Bu ve benzeri saptamalardan yola çıkılarak kekeme kişilerde sosyal kaygı ve fobinin yüksek olacağı varsayılarak bu doğrultuda hipotezler oluşturulmuştur.

Araştırmamızda, sosyal ortamlarda eleştirilmekten, küçük düşmekten korkan kekeme latens dönemi çocuklarının, akıcı konuşan sadistik süper egosu gelişmiş normal latens çocuklarıyla kıyaslandığında sosyal kaygı gösterecekleri düşünülmüştür. Ancak ele aldığımız 8- 12 yaş grubu kekeme çocukların sosyal kaygı düzeyleri ile akıcı konuşanların ki arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu bulgular Andrews ve Haris (1964)'in kekeme çocuklarda genel anksiyeteyi ölçtükleri çalışmayı doğrular niteliktedir.

Ele aldığımız yaş grubunun ve/veya deney grubunun sayısal miktarının buna izin vermediği ve sonucun bu doğrultuda çıkmasına sebep olduğu düşünülebilir.

Yairi ve Ambrose(1992), tekrarlayıcı kekemelik gösteren çocuklarla kekemeliği iyileşme göstermiş çocukları karşılaştırdıkları çalışmada da gruplar arasında kaygı bakımından bir farka rastlamamışlardır. Bu çalışmada iyileşme göstermiş olanları akıcı konuşan grubu olarak düşünürsek bizim çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik görülmektedir.

Araştırmamızın sosyal kaygıyla ilgili bulguları, Kraaimaat(2002)'in sosyal kaygı ve kekemelik konusunda yaptığı araştırma sonucuyla benzerlik göstermemektedir. Kekemelikte sosyal kaygının psikiyatrik bir bozukluk düzeyinde olması, kekeme grupla kontrol grup arasında fark olması, bizim bulgularımızla tezat oluşturmaktadır.

Araştırmamızda kekemelikte sosyal kaygı düzeyi, psikiyatrik bir tanı oluşturacak kadar güçlü gözükmemektedir. Bu bulguların Wischner(1972)'in kekemeliğin durumsal kaygıya bağlı olduğunu söylediği çalışmasıyla ve Mahr ile Toroisan(1999)'in kekemelerin çoğunlukla konuşmaya bağlı bir korku yaşadıklarını belirttiği çalışmasının sonuçlarıyla benzerlik gösterdiğini düşünebiliriz.

Bender(1939)'e göre geçirilen kekemelik evrelerinin sonucunda, özellikle şiddetli kekemelikte bazı duygusal, psikolojik sorunlar oluşabilmektedir.

Ruth ve Iriş(2004), çalışmalarında sosyal iletişime bağlı kaygı düzeyinin şiddetli kekemelerde hafif kekemelere göre daha fazla olduğunu, durumsal kaygının(state anxiety) kekeleme derecesine bağlı olduğunu bulmuşlardır. Sosyal kaygının da sosyal ortamlarda olumsuz değerlendirilme korkusu küçük düşme endişesi vs. ile açıklandığını düşünerek bir durumsal kaygı olduğunu varsayabiliriz. Ancak araştırmamızda bir durumsal kaygı olarak sosyal kaygı 8- 12 yaş kekeme çocuklarda görülmemektedir.

Araştırmamızda kekemelik şiddeti değerlendirilmemiştir. Kekemelik şiddeti farklı düzeyde kişiler deney grubumuzu oluşturmuştur. Kekemelik şiddeti konusunda denekler arasında bir sınıflandırmaya gidilerek bu konuda ilerde yapılacak araştırmalarla daha doğru sonuçlar elde edilebilir.

Araştırmamızda kekeme grubunun sosyal olma ve güven konusunda yetersizlik gösterdiği görülmektedir. Kimmell(1938)'e göre kekeme bireyler sosyal ilişkiler konusunda diğerlerine göre daha dikkatli davranmakta ve diğerlerinden izole olarak daha çok zaman geçirmektedirler. Bu izolasyonun sosyal olmayı olumsuz etkilediği ve güvensizlik duygusunu pekiştirdiği düşünülebilir.

Sosyal olma konusunda kekemelerdeki yetersizliğe ilişkin bulgular Meltzer(1944)'in ve Bilgin(2006) 'nin kekemelerin sürekli kaygı ve depresyon puanlarının yüksek olduğunu gösterdiği karşılaştırmalı çalışmalarıyla da uyumlu olarak düşünülebilir.

Depresyondaki kişinin pozitif düşüncelere odaklanması zor olmaktadır. Depresyondaki çocuk da değersizlik duygusuyla arkadaş edinmeyi, mutlu olmayı hak etmediğini düşünerek umutsuzluğa kapılıp kabuğuna çekilebilir. Kekemeliklerinden dolayı konuşmalarından utanan çocuklar, suçluluk duygusunun etkisiyle görünüşlerinden, fiziksel özelliklerinden, yürüyüşlerinden hatta gülümsemelerinden bile utanabilirler. Kendilerini sürekli eleştirip, kötü olduklarını düşünebilirler. Bütün bunların çocuğun güven duygusunu olumsuz etkileyerek sosyal biri olmasına da engel teşkil ettiği düşünülebilir.

Literatürde kekemelikte IQ açısından çelişkili bulgular vardır. Araştırmamızda IQ yönünden gruplar arasında bir fark bulunmamıştır. Bulgular Mc Dowell(1928) ve Cebiroğlu(1963)'nun bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Tablo ve şekillerde görüldüğü gibi;

Kekemelik erkek çocuklarda daha fazladır. Kekemelikte erkek – kız oranı 4:1'e ulaşır ya da 2:1, 3:1'den 10:1'e kadar değişir (Yairi ve Ambrose,1992; Yörükoğlu ve Akyıldız,1971). Bizim bulgularımız bu bilgilerle örtüşmektedir. Kekemelik erkeklerde daha yaygındır.

Aileler incelendiğinde kekeme çocuklar arasında akraba evliliği, ana-baba tarafında ve akrabalarda kekemelik yüksektir. Kardeşlerde kekemelik bulunma oranı akıcı konuşan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Bu durum kekemelikle kalıtım arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Kekemelik çok etkenli bir bozukluk olsa da ailesel genetik bir yatkınlık genellikle kabul edilmektedir. Ancak akrabalarda bir konuşma bozukluğunun varlığı sadece genetik faktörlerle açıklanamaz. Araştırmalar sosyal öğrenmeyle, kültürel- genetik yapıp etme biçimlerinin nesilden nesile geçebildiğini kanıtlamıştır.

Yairi ve Ambrose(1992) bozukluğun kalıtsal olduğunu kanıtlayan aileler ve ikizler üzerinde yapılan çalışmalar olduğunu belirtmektedir. Bizim çalışmamız da bu yolda ki açıklamaları doğrular niteliktedir. Ancak kalıtımın tek etken olmadığını da gösteren araştırmalar vardır.

Kekeme çocuklarda saldırganlık yüksek bulunmuştur. Diğer çocuklardan farklı olarak eşyaya dönük saldırganlıktan başka kekeme çocuklarda kendine dönük saldırganlık yüksektir. Bu da yine literatürü destekler niteliktedir.

Embiyaoğlu (1976) çalışmasında kekeme bireylerde psikanalitik yaklaşıma göre ego zayıflığı, afektivitenin bozukluğu, toplumsal çevreyle ilişkilerde yetersizlik görüldüğünü ve bu çocuklarda anal kompleks olduğunu belirtmiştir.

Freud'a göre anal kompleks sonucu anal saldırgan kişilik oluşabilir. Bu kişilik yapısındaki kişiler yetişkin hayatlarında saldırgan, öfke nöbetleri geçiren, sadistik eğilimli kişiler olabilirler(Schultz, Schultz, 2000).

Wilson(1951) ve Christensen(1952) de kekeme çocuklarla akıcı konuşan çocuklar arasında nevrozizm veya uyumsuzluk bakımından bir fark olmadığını ancak kekeme çocukların kendilerine yönelik daha düşmanca duygularının olduğunu belirtmişlerdir. Abbott(1947) da kekemelerde dinleyiciye duyulan düşmanlıktan kaynaklı mahcubiyet nedeniyle kendini cezalandırmanın olduğunu belirtmiştir.

Kekeme çocuklarda kontrol grubuna göre kendilerine güvensizlik yüksektir. Bu bulgu D'Amrossio(2004)'nun kekemelerdeki kendine yetersizlik duygusunun varlığı ve bunun tedavide bir engel oluşturduğu saptamasıyla uyumludur.

Freud, 6- 12 yaş arası latens devre olarak adlandırır. Okul çağına denk gelen bu dönem çocuğun sosyalleşmeye başladığı, benmerkezcilikten çıktığı bir dönemdir. Bu devrenin başında 7 yaş buhranı görülür. Bu dönemde çocuk eğer yakın çevresinden sosyal destek göremezse güvensizlik duygusu geliştirebilir. Ayrıca yine bu dönemde aile anlaşmazlıkları, öğretmenin sevgisiz ve anlayışsız davranışları çocukların, bu buhranı atlatabilmelerine ve bunun sonucunda ise kekemelik, tik gibi psikopatolojik bozukluklar geliştirmelerine sebep olmaktadır(Uluğ,2007).

Okul çağı çocuğunun psiko-sosyal gelişiminde kendi kendine ne yaptığından çok ona karşı diğerlerinin tutumlarının belirleyici olduğu unutulmamalıdır.

Araştırmamızda deney grubundaki çocukların kontrol grubuna göre daha güvensiz olmaları, Santostefano(1960)'nun psikanalitik yaklaşımlı çalışma sonuçlarıyla da uyumlu niteliktedir. Bu çalışma da kekemelerin kendilerine güvenlerinin daha az, korku ve kaygılarının ise kontrol gruba göre daha yüksek olduğu sonucunu vermektedir.

Messenger vd.(2004) kekemeliğe ilgili 'sosyal zedelenme beklentisi'nden bahsetmişlerdir. Bu beklenti kişide sosyal kaçınmaya ve zamanla güvensizlik duygularına sebep olabilmektedir.

Okul çağı çocuklarında, özellikle başlangıç döneminde uygulanan ağır disiplin, baskı, terbiye gibi unsurların ailesel yatkınlığı olan çocuklarda kekemeliğe yol açabileceği bilinmektedir. Bundan dolayı öğretmen ve yetişkinlerin bu konuda okul ve aile içinde çocuğa sevgiyle yaklaşmaları, daha anlayışlı ve saygılı olmaları önerilmektedir.

Araştırmamızda gruplar arasında sosyal fobi açısından anlamlı bir fark çıkmasa da kekeme çocuklarda daha yüksek bir sonuç bulunmuştur. Çocuklarda ciddi bir bedensel özrün sosyal kaçınma davranışına neden olabileceği bilinmektedir. Bu bakımdan kekeme çocukların benzer durumlar yaşadığını düşünerek onların sosyalleşmelerine yardımcı olunmalıdır.

Toplumdan kaçma, eğitimin sürdürülmesine engel olabilir ve akademik başarıyı etkileyebilir. Çocukta sosyal kaçınmayı engellemek için yaşına uygun yüzleştirme egzersizleri uygun olabilir(sanatsal veya sportif faaliyetlere katılma, okuma ödevleri verme gibi).

Kekeme çocuklar öğretmen, müdür, yetişkin gibi otorite sahibi kişilerle konuşma ve ilişki kurmaktan kaçınmaktadırlar. Bu tür kişilerle zaman içinde ilişki kurabilmek onlara ruhsal gelişim açısından çok şey kazandırabilir. Dolayısıyla bu kişilerin çocukla iletişim kurmak için bir rehber öğretmen veya pedagoğ desteğiyle özel adımlar atmaları faydalı olacaktır.

Ayrıca araştırmamızda deney grubunda kekemeliğin en çok azaldığı durum şarkı söylemek olarak karşımıza çıkmakta ve bu literatürdeki önceki benzer bulguları doğrulamaktadır. Bu bulgu Sheehan(1968)'nin iletişim sorumluluğunun olmadığı durumlarda görece olarak konuşmanın kolay olduğu saptamasıyla da aynı doğrultudadır. Bu çocukların sağaltımlarına ve öğrenmelerine katkı sağlayacak sanatsal faaliyetlere ve özellikle müzik eğitimine önem verilmelidir.

Araştırmamızda çocuklardaki sosyal fobi ile annelerin mesleği arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kekeme çocuk grubunda işçi annelerin çocuklarının sosyal fobi puanı diğer meslek gruplarındaki annelerin çocuklarına göre daha yüksektir.

Bu bulgu Glasner(1949), Glauber(1951)'nin ve özellikle Morgenstern(1956)'nin kekeme çocukların sosyo-ekonomik düzeyleri ile ilgili araştırmasının sonuçları ve dolayısıyla Johnson'un teorisi ile uyumlu niteliktedir; Sosyo-ekonomik açıdan yükselme beklentisi olan ailelerde normal konuşma bozuklukları üzerinde gereğinden fazla durulması, velilerin bu konudaki kaygılı ve mükemmeliyetçi tutumları ve çocukları "ailenin sosyal statüsünü yükseltmek" üzere gayret

göstermeleri için cezalandırıcı davranışları kaygı oluşturmakta, ayrıca kekemeliğe sebep olabilmektedir.

Araştırmamızda kekeme çocuk grubunda idrar kaçırmanın yüksek olduğunu görüyoruz. Araştırmacıların bazıları bu konuda düşük sosyo-ekonomik ailelerde terbiye sorununun üzerinde durmuşlardır(Göktürk,2001). Bizim araştırmamızda da çoğu ailenin işçi ailesi olması bu bilimsel şüpheyi doğrular niteliktedir. Enüretik (idrar kaçırma bozukluğu olan) çocuklarda da pasif agresif bir davranıştan söz edilebilir.

Ayrıca dışa atım bozuklukları bir kontrol bozukluğunu tanımlamaları sebebiyle motor bozuklukla bağlantılı olan kekemeliğe de benzerlik göstermektedirler.

Araştırmamızda kontrol grubunda dışkı kaçırma hiç görülmezken deney grubunda yarıya yakın bir oranda görülmektedir. Ancak dışkı kaçırma bozukluğu(encopresis) Kaplan ve Sadock(2004)'un incelemesinde kekemeliğe eşlik eden klinik özellikler arasında yer almamaktadır. Buna karşılık araştırmamızda kekeme grupta kontrol gruba göre tiklerin daha fazla görülmesi, söz konusu inceleme ve Uluğ(2007)'un bulgularıyla örtüşmektedir.

KAYNAKLAR

- Abalı, O., Madanoğlu, K. G., Beşikçi, H., Ceren, M. (2006). "Kekemelik ile Başvuran Çocuk ve Gençlerde Kekemelik Şiddeti Sözel IQ Performansı Değerlendirilmesi", *Genel Tıp Dergisi*, 16, 61-63.
- Andrews, G., Graig, A., Feyer, A.M., Hoddinott, S., Howie, P., et al. (1983). "Stuttering: A Review of Research Findings and Theories Crica 1982". *J. Speech Hear Disorders*, 48:226-246.
- Atasoy, Z., Şenol, S. (1998). İletişim Bozuklukları, Güleç, E., Köroğlu, E., (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1069-1078, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aydın,B.(2005). *Çocuk ve Ergen Psikolojisi*. Ankara:Nobel Yayın Dağıtım.
- Bacanlı, H. (2003). *Gelişim ve Öğrenme*, 6. Baskı, Ankara: Nobel Kitabevi.
- Beck, T. A. (2005). *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar*, İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beech, H. B., Fransella, F. (1971). *Research and Experiment in Stuttering*, London: Pergaman Press.
- Belgin, E., Güven, A. (1985). "Kekemelik ve Terapide Ritm Metodunun Yeri", *17. Türk Otorindarengdoji Derneği Milli Kongresi*, İstanbul: Hilal Matbaacılık.
- Bernstein, G. A. (1991). *Anxiety Disorder. Psychiatric Disorders in Children and Adolescent*. London: Saunders Company.
- Bilgin,N. (2006). *Çocukluk Çağında Kekemelikte Eş Zamanlı Psikiyatrik Tanılar İle Ailedeki Duygu İfadesi İlişkisinin Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi ,Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G., Gabel, R. (2001). "Communication Apprehension and Self-Perceived Communication Competence in Adolescents Who Sutter". *Journal of Fluency Disorders*, 26(3), 161-178.

Bloodstein,O.(1997).*A Handbook on Stuttering*,5th ed.,London:Singular Publishing Group,Inc.

Braun A. R., Varga, M., Stager, S., Schulz, G. ve ark. (1997). "Altered Patterns of Cerebral Activity During Speech and Language Production in Developmental Stuttering", *Brain*, 120: 761-784.

Büchel, C., Sommer, M. (2004) "What Causes Stuttering?", <http://biology.plosjournals.org>, (02.2004)

Büyüköztürk,Ş.(2002). *Veri Analizleri El Kitabı*, İstanbul: Pegema Yayıncılık.

Ciabarra, A. M., Elkind, M. S., Roberts, J. K., Marshall, R. S. (2000). "Subcortical Infarction Resulting in Acquired Stuttering", *Journal Neurol Neurosurg Speech Hear Disorders*, 48, 226-246.

Cox, M. D. (1982). "The stutterer and stuttering: Neuropsychological correlates", *Journal of Fluency Disorders*, 7, 129-140.

D'Ambrosio, M. (2004). "Il senso di autoefficacia Nella Gestione della Fluidità Verbale", *I Care*, 29(1), 9-15.

D'Ambrosio, M. (2005). *Balbuie, Percorsi Teorici ve Clinici Integrati*, 1. Basım, Milano: Mc-Graw-HillCompanies.

Davis, vd. (2007). "Anxiety in Speakers Who Persist and recover from stuttering", *Journal of Communication Disorders*, 40: 398-417.

De Hart, G., Stoufe, A. L., Cooper, R. (2000). *Child Development: Its Nature and Course*, 4th ed., Boston: McGraw Hill.

Demir,T.(1997).*Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Fobi: Epidemiyolojik Bir Çalışma*, Uzmanlık Tezi,İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

Dilbaz, N. (1997). Sosyal Fobi, Güleç, C., Koroğlu, E., (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı*, 483-493, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Di Lollo ,A.,Manning,W.H.,Neimeyer,R.A.(2003)'Cognitive Anxiety as a Function of Speaker Role for Fluent Speakers and Persons who Stutter',*Journal of Fluency Disorders* ,28:167-186.

DSM-IV-TR(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (2005)E.Koroğlu(çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Eisenson, J. (1956).*Speech Disorders:Principles and Practices of Therapy*,New York:Appleton –Century-Crofts.

Embiyaoğlu, G. (1976). *Kekemeliğin Psikolojik ve Psikanalitik Açından İncelenmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kürsüsü.

Erdebil, B., Daşdoğan, Ö., Çıtav, N., Tezel, Ö., Bengisu, S., Tortop, B. (2008). Kekemelik ve İlişkili Sorunlar, Korkmaz, B., (Ed.), *100 Soruda Dil ve Konuşma Bozuklukları*, 1. Baskı, İstanbul, Doğan Kitap.

Flavell,J.H.(1963). *The Developmental Psychology of Jean Piaget*, New Jersey: D.Van Nostrand Company.

Foa,E.B.,Gilboa-Schechtman vd.(2000). 'Memory Bias in Generalized Social Phobia :Remembering Negative Emotional Expressions ',*Journal of Anxiety Disorders*, 1415,501-515

Freud, A. (2000). *Çocuklukta Normallik ve Patoloji Gelişimin Değerlendirilmesi*. A.N.Babaoğlu(çev.). 1. Basım, İstanbul: Metis Yayınları (orijinal baskı tarihi 1965).

Freud, S. (1994). *Psikanalize Giriş Dersleri*, S.Budak(çev.).Ankara: Öteki(orijinal baskı tarihi 1915-1917).

Geçtan, E. (1990). *Psikanaliz ve Sonrası*, 4. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Gökay, K., Kasatura, T., (1970). "Kekeme Çocukların Normal ve Nörotik Çocuklarla Zeka ve Kişilik Özellikleri Yönünden Karşılaştırılması" *6. Milli Nöro-Psikayatri Kongresi*, İstanbul: Sayı: 76-81.

Göktürk, Ü.(2001).Dışa Atım Bozuklukları,Polvan,Ö.(Ed.),*Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi* 1.Baskı,içinde (157-168),İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri.

Grant A. C., Biousse, V., Cook, A., Newman, N.J. (1999). "Stroke-Associated Stuttering", *Archieve Neurol*, 56: 624-627.

Güray, Ö., Sercan, Y., Sercan, M. (1986). "İlkokul Çocuklarında Kekemelik", *XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*, Marmaris.

Holmes, S. D. (2001). *Abnormal Psychology*, 4. Baskı, MA: A Pearson Education Company.

Horney K.(1996). *Nevrozlar ve İnsan Gelişimi*,3. Baskı,Ankara: Açık Yayıncılık.

Howell, P. (2006). "Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus", *Clinical Psychology Review*, 1-39

ICD-10(*International Classification of Diseases-WHO*) *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*,(1992) Ankara:Medikomat Basım Yayın San.ve Tic.Ltd.Şti.

İnceer, B., Kocadere, M. (1999). *Kekemelik ve Kekelemek Üzerine*, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Johnson, W. (1963). *The Children With Speech Handicaps in Fortyninth Yearbook of National Society for the Study of Education*, Chicago: University of Chicago Press.

Kalaycı,Ş.(2006).*SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*,Ankara:Asil Yayınevi

Kandel, E. R., O'Dell, T. J. (1992). "Are Adult Learning Mechanism Also Used for Development?" *Science* 258: 243-245.

Kaplan, H. I., Sadock, B.J. (2004). *Klinik Psikiyatri*, Çeviri Ed: Ercan Abay, Nobel Tıp Kitabevleri.

Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, 15. Baskı, Ankara. Nobel Yayın Dağıtım.

Kirk,S. Gallagher,J.J.(1989).*Educating Exceptional Children*,6th Ed. Boston:Houghton Mifflin Company.

Koptagel, G. (2000). *Psikonevroz: Pskosomatik ve Psikoterapi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Kraaimaat, W. F., Vanryckeghem, M., Van Dam-Baggen, R. (2002). "Stuttering and Social Anxiety", *Journal of Fluency Disorders*,27(4),319-331.

Kudal - Ertaş, İ. (1990). *Ankara İli İlkokul Çağı Çocuklarında Konuşma, Ses ve Akıcılık Bozuklukları Dağılımının İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

LaGreca ,A.M.,Stone,W.L.(1993). ‘Social Anxiety Scale For Children-Revised’,*Journal of Clinical Child Psychology*, 22:17-27

Madanoğlu, K. G. (2005). *Kekeme Çocuklar İçin Bir Tarama Çalışması ve Kekemlikle Başetme Konusunda Hazırlanmış Bir Programın Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Madi, B. (2006). *Öğrenme Beyinde Nasıl Oluşur?*, İstanbul: MORPA Kültür Yayınları.

Mahr,C.G.,Torosian, T.(1999). ‘Anxiety and Social Phobia in Stuttering’, *Journal of Fluency Disorders*,24,119-126.

Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R. (2004). "Social Anxiety in Stuttering: Measuring Negative Social Expectancies", *Journal of Fluency Disorders*, 29,201-212

Moore, W. H. Jr., Haynes, W. O. (1980). "Alpha Hemispheric Asymmetry and Stuttering: Some Support for a Segmentation Dysfunction Hypothesis," *J. Speech Hearing Research*, 23: 229-247.

Morgenstern, J.J. (1956).”Socio-economic Factors in Stuttering”, *J.Speech Hearing Disorders*,21,25-33.

Mukaddes, M. N. (2001). Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları, Polvan, Ö., (Ed.), *Çocuk ve Ergen Psikyatrisi Ders kitabı*, İçinde (119-135), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Mulligan H. F. ve ark. (2003). "Tics & Developmental Stuttering". *Parkinsonism Related Disorders*, 9:281-9.

Öner, N. (2006). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*, 2. Basım, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Özgüven, H. D., Sungur, M. Z. (1998). "Sosyal Fobi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(2): 128-138.

Öztürk, M. (2006). *Okul Fobisi*, İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları.

Öztürk, M., Tüzün, Ü. (2000). 'Kekeme Çocuklarda Sosyal Fobi' *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7, 12-16

Öztürk, O. M. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 10. Basım, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Riva-Posse, P., Marolt, L.B., Schteinschnaider, A., Echenique, M.L., Cammarota, A., Merello, M. (2008). "Phenomenology of Abnormal Movements in Stuttering", *Parkinsonism and Related Disorders*, 1-5.

Ruth, E.V., Iris, L. (2004). 'The Relationship Between Anxiety and Stuttering: A multidimensional Approach', *Journal of Fluency Disorders*, 29, 135-148.

Santostefano, S. (1960). 'Anxiety and Hostility', *Journal of Speech and Hearing Disorder Research*, 3, 334-347.

Sayı, M. (1997). İnsanın Gelişimi. Yaşam Boyu Gelişim, Güleç, C., Köroğlu, E., (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1. Basım, (127-147), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Schultz, P. D., Schultz, E. S. (2000). *Theories of Personality*, 7th ed., Belmont: Wadsworth / Thomson Learning.

Sercan, Y. (1988). *Soyaçekim, Anne Tutumu, Anne Ruhsal Belirtileri ve Çocuk Ruhsal belirtilerinin Kekemeliğe Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü.

Sheehan, J.(1968) . *Stuttering: Research and Therapy*. New York:Harper and Row.

Sommer, M., Koch, M. A., Paulus, W., Weiller, C., Buechel, C. (2002). A. Disconnection of Speech-Relevant Brain Areas in Developmental Stuttering. *Lancet* 60: 380-383.

Strocchi, C. M. (2003). *Balbuze: Il Trattamento Cognitivo-Comportamentale*, Trento: Erickson.

Topbaş, S., Maviş, İ., Erbaş, D., (2002). "Sözel İletişim Geriliği Gözlenen ve Gözlenmeyen 0-3 Yaş Çocuklarının Erken İletişim Amaçlarının İşlevsel-İletişim Yaklaşımıyla Değerlendirilmesi", *Anadolu Üniversitesi Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları*, (Sayı: 2).

Uluğ, M.(2007).*Niçin Oyun*,3.baskı, İstanbul: Anfora Yayıncılık.

Van Riper. C.(1971). *The Nature of Stuttering*, New Jersey: Prentice Hall.

Van Riper, C. and Emeric, L. (1990). *Speech Correction*, 8. Basım, New Jersey: Prentice-Hall.

Vinacour E.R.,Levin,I.(2004).’’The Relationship Between Anxiety and Stuttering: A Multidimensional Approach’’, *Journal of Fluency Disorders*,29,135-148

Wells,A.(2006). Cognitive Therapy Case Formulation in Anxiety Disorder, Tarrier,N.,(Ed.), *Case formulation in Cognitive Behaviour Therapy* ,London:Routledge

Wingate, M. E. (1964). "A Standart Definition of Stuttering", *J. Speech Hear Disorders*; 29:484-89.

Wischner,J,G.(1972) An Expectancy and Anxiety in Stuttering Behavior, Emerick,L.L, Hamre,L.E.(Ed.),*An Analysis of Stuttering* ,607-625,Danville: The Interstate Printers and Publishers,Inc.

Yairi, E., Ambrose, N. (1992). Onset of stuttering in Preschool Children: Selected Factors. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 782-788.

Yavuzer, H. (2003). *Çocuğu Tanımak ve Anlamak*, 3. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yolaç, Perin, "Sosyal Fobi ve Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yaklaşımı"

Yörükoğlu, A. (1993). *Çocuk Ruh Sağlığı*, 18. baskı, İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım Ltd.Şti..

Yörükoğlu, A. ve Akyıldız, S. (1971). "75 Çocukta Yeni Başlayan Kekemelik Üzerine Bir İnceleme", 7. *Milli Nöro-Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, Ankara: Ajans Türk Matbaacılık Sanayi, 373382.

EK 1: ÇOCUĞUN RUHSAL DURUMU

1. Çocuğunuzda kekemelik sorunu var mı?

1. evet 2. hayır

2. Kekemeliğın düzelmesi için neler yapıldı?

1. doktora götürüldü 2. psikologa yada pedegoğa götürüldü
3. Hocaya (muska vs.) götürüldü. 4. diğeri - açıklayınız

3. Kekelemesinin azaldığı durumlar nelerdir.

1. şarkı söylerken 2. yabancı dilde konuşurken
3. arkadaşlarıyla konuşurken 4. ailede birisiyle konuşurken
5. sakinken 6. mutluyken
7. yalnızken

4. Eğer artıyorsa ne zamanlar artıyor?

1. heyecanlanınca 2. korkunca
3. arkadaşlarıyla konuşurken 4. yabancı biri ile konuşurken
5. aileden biriyle konuşurken 6. mutluyken
7. sinirlenince

5. İkiz çocuğunuz var mı?

1. evet 2. hayır

6. Diğeri çocuklarınızda kekemelik sorunu var mı?

1. evet 2. hayır

7. Anne tarafında kekemelik var mı?

1. evet 2. hayır

8. Baba tarafında kekemelik var mı?

1. evet 2. hayır

9. Akraba evliliğimi yaptınız?

1. evet 2. hayır

10. Akrabalarınız arasında önceden kekeme olan sonradan düzelen var mı?

1. evet 2. hayır

11. Akrabalarınız arasında herhangi bir konuşma bozukluğu var mı?

1. evet 2. hayır

12. Evet ise nasıl bir konuşma bozukluğu var?

.....

13. Çocuğunuzun hangi korkuları var?

1. karanlık 2. yetişkinler (anne- baba vs.)
3. yalnızlık 4. kapalı yerler
5. yükseklik 6. öğretmen
7. hayvan 8. diğerleri

14. Çocuğunuzun tikleri var mı?

1. evet 2. hayır

15. Ne tür tikleri var?

1. göz kırpması 2. dudak ısırma yada emme
3. kol bacak oynatma 4. el ve parmaklarla oynama
5. kaş oynatma 6. burun kulak oynatma
7. diğerleri

16. Gece alt ıslatması var mı?

1. evet 2. hayır

17. Gece dışkı kaçırmaması var mı?

1. evet 2. hayır

18. Çocuğunuzun saldırgan davranışları var mı?

1. evet 2. hayır

19. Eğer varsa ne tőr davranışlar var?

1. başkasına vurmak 2. kendine vurmak 3. bir şeyleri fırlatmak
4. bir şeyleri dőkme 5. diğerleri

20. Çocuęunuz kendine gűvensiz bir ocuk mudur?

1. evet 2. hayır

21. Sosyal bir ocuk mudur?

1. evet 2. hayır

22. Okula gidiyorsa hiç sınıfta kaldı mı?

1. evet 2. hayır

EK 2: SOSYO EKONOMİK VE KÜLTÜREL DURUM

1. Babanın eğitim durumu nedir?

1. okuma yazma bilmiyor
2. ilkokul mezunu
3. ortaokul mezunu
4. lise mezunu
5. yüksek okul mezunu

2. Annenin eğitim durumu nedir?

1. okuma yazma bilmiyor
2. ilkokul mezunu
3. ortaokul mezunu
4. lise mezunu
5. yüksek okul mezunu

3. Babanın mesleği nedir?

1. memur
2. emekli
3. işçi
4. Esnaf
5. serbest meslek
6. işsiz

4. Annenin mesleği nedir?

1. memur
2. emekli
3. işçi
4. Esnaf
5. serbest meslek
6. ev kadını

5. Ailenin toplam aylık geliri nedir?

6. Oturulan konut?

1. kira 2. kendisinin 3. lojman 4. diğerleri

7. Evinize gazete alır mısınız?

1. evet 2. hayır

8. Evinizde hangileri bulunur?

1. bilgisayar
2. bulaşık makinesi
3. araba
4. otomatik çamaşır makinesi
5. fax
6. renkli televizyon
7. buzdolabı
8. fırın

EK-3

ÇOCUKLAR İÇİN SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı düşünerek bu cümle için size en uygun gelen seçeneği işaretleyin.

Cümlelerin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında bir puan verin. Cümledeki ifade size hiç uymuyorsa 1, çok az uyuyorsa 2, bazen uyuyorsa 3, çoğu zaman uyuyorsa 4, daima uyuyorsa 5'i işaretleyin.

1= hiçbir zaman 2= çok az 3= bazen 4= çoğu zaman 5= daima

Rakamların altındaki uygun kutucuğa X işareti koyun	1	2	3	4	5
1. Başka çocukların önünde yeni bir şey yapmaktan rahatsız olurum.					
2. Bana şaka yapılmasından rahatsız olurum.					
3. Tanımadığım çocukların yanında utanırım.					
4. Diğer çocuklar arkamdan konuşuyorlar diye düşünürüm.					
5. Yalnızca iyi tanıdığım çocuklarla konuşurum.					
6. Diğer çocuklar benim hakkımda ne düşünüyorlar diye endişelenirim.					
7. Diğer çocukların benden hoşlanmayacağından korkarım.					
8. İyi tanımadığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
9. Diğer çocuklar benim hakkımda ne diyecekler diye endişelenirim.					
10. Yeni tanıştığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
11. Diğer çocuklar benden hoşlanmıyorlar diye üzülürüm.					
12. Bir grup çocukla birlikteyken sessiz kalırım.					
13. Diğer çocuklar benimle alay ediyor diye düşünürüm.					
14. Başka bir çocukla tartışırsam, onun benden hoşlanmayacağından korkarım.					
15. Başkalarını evime çağdırmaktan çekinirim, çünkü hayır diyebilirler.					
16. Bazı çocukların yanındayken rahatsız olurum.					
17. İyi tanıdığım çocukların yanındayken bile utanırım.					
18. Başka çocuklara birlikte oynamayı teklif etmek bana zor gelir.					

EK-4

ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN SOSYAL FOBİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı düşünerek sizin için en uygun seçeneği X işareti ile işaretleyin. Her cümleye 1-5 arasında bir puan verin.

1= Hiçbir zaman 2=Çok az 3=Bazen 4= Çoğu zaman 5= Daima

	1	2	3	4	5
1. Tanımadığım kişilerle konuşmaktan çekinirim.					
2. Başkalarıyla konuşurken yüzüm kızarır.					
3. Başkalarının önünde yanlış bir şey yapacağım diye korkarım.					
4. İnsanlarla göz göze gelmekten çekinirim.					
5. Yazılı sınavlarda heyecanlanır ve sıkılırım.					
6. Sınıf arkadaşlarımla konuşmaktan çekinirim.					
7. Sınıfta tahtaya kalkmaktan rahatsız olurum.					
8. Bildiğim sorulara bile cevap vermekten kaçınırım.					
9. Başkalarının önünde yanlış bir şey söyleyeceğim diye korkarım.					
10. Başkalarıyla konuşurken kalbim hızlı çarpar.					
11. Öğretmenlerle konuşmaktan, onlara soru sormaktan çekinirim.					
12. Başkalarının önünde yazı yazmak bana zor gelir.					
13. Başkalarıyla konuşurken sesim titrer.					
14. Bir şey satın almak, satıcıdan bir şey istemek bana zor gelir.					
15. Sınav sonuçları açıklanırken çok heyecanlanırım.					
16. Derse geç kaldığımda sınıfa girmek bana zor gelir.					
17. Yoklanılarda sıra bana gelirken heyecanlanırım.					
18. Beden eğitimi derslerinde ya da spor yaparken izlenmekten rahatsız olurum.					
19. Sınıfta yüksek sesle bir şey okumaktan rahatsız olurum.					
20. Okul tuvaletlerine gitmekten rahatsız olurum.					
21. Yaşlıların konuşmalarına katılmaktan çekinirim.					
22. Başkalarının bana takılmasından, şaka yapmasından rahatsız olurum.					
23. Başkalarının önünde kötü duruma düşeceğim diye korkarım.					
24. Başkalarının önünde bir şey yemekten ya da içmekten rahatsız olurum.					
25. Çevremdekiler sıkıntılı ya da sinirli olduğunu düşünecekler diye endişelenirim.					

R. B. CATTELL TESTİ

(CULTURE FREE TEST)

2 A

İsim :	Klinik Teşhis :
Cinsiyeti :	Uygulama Tarihi :
Mesleği :	Doğum Tarihi :
Eğitim durumu :	

TEST	NOT	MÜLAHAZAT
I		
II		
III		
IV		
		TOPLAM

Kronolojik Yaş









































































Zeka Yaşı

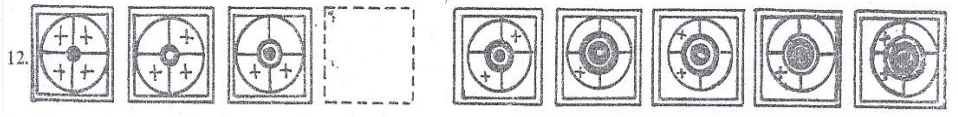
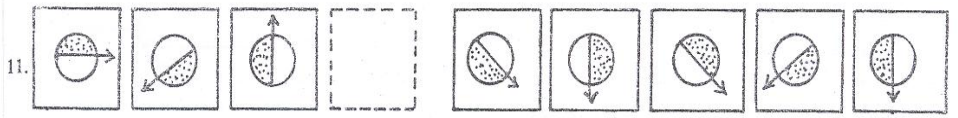
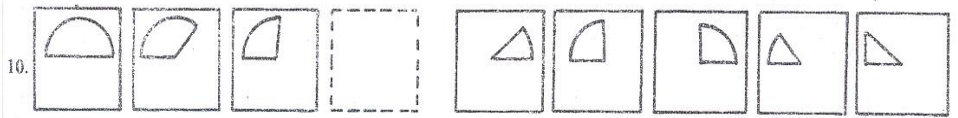
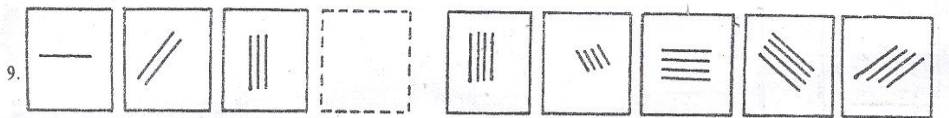
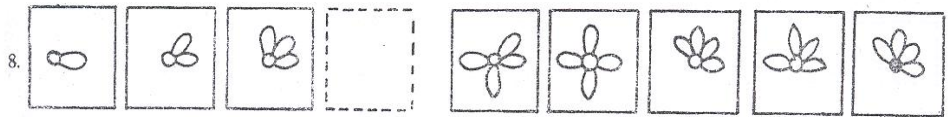
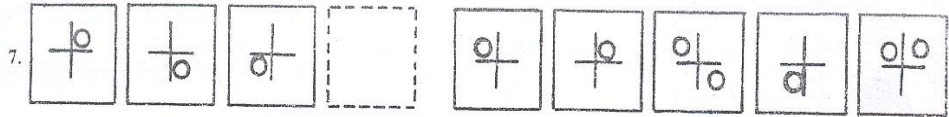
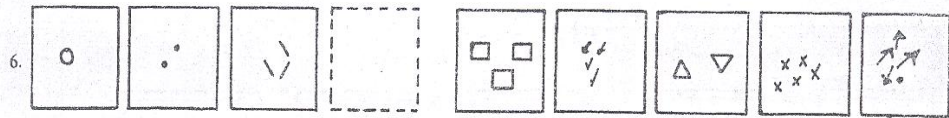
Q. I

SİZE SÖYLEMEDEN SAYFAYI ÇEVİRMEYİN

5 dakika dolunca
bırakınız.

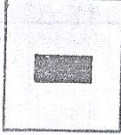







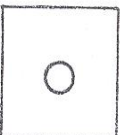


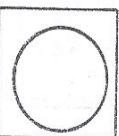

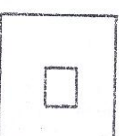
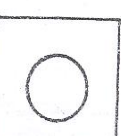
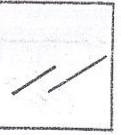
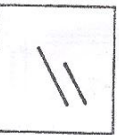






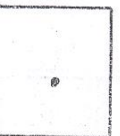




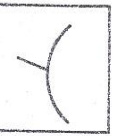

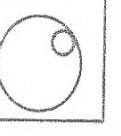
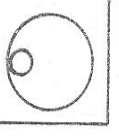
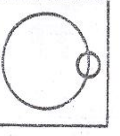
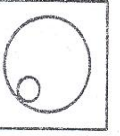
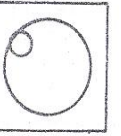
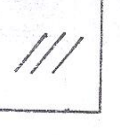
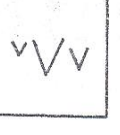
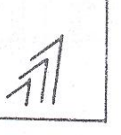

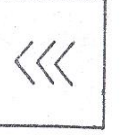
TEST 1

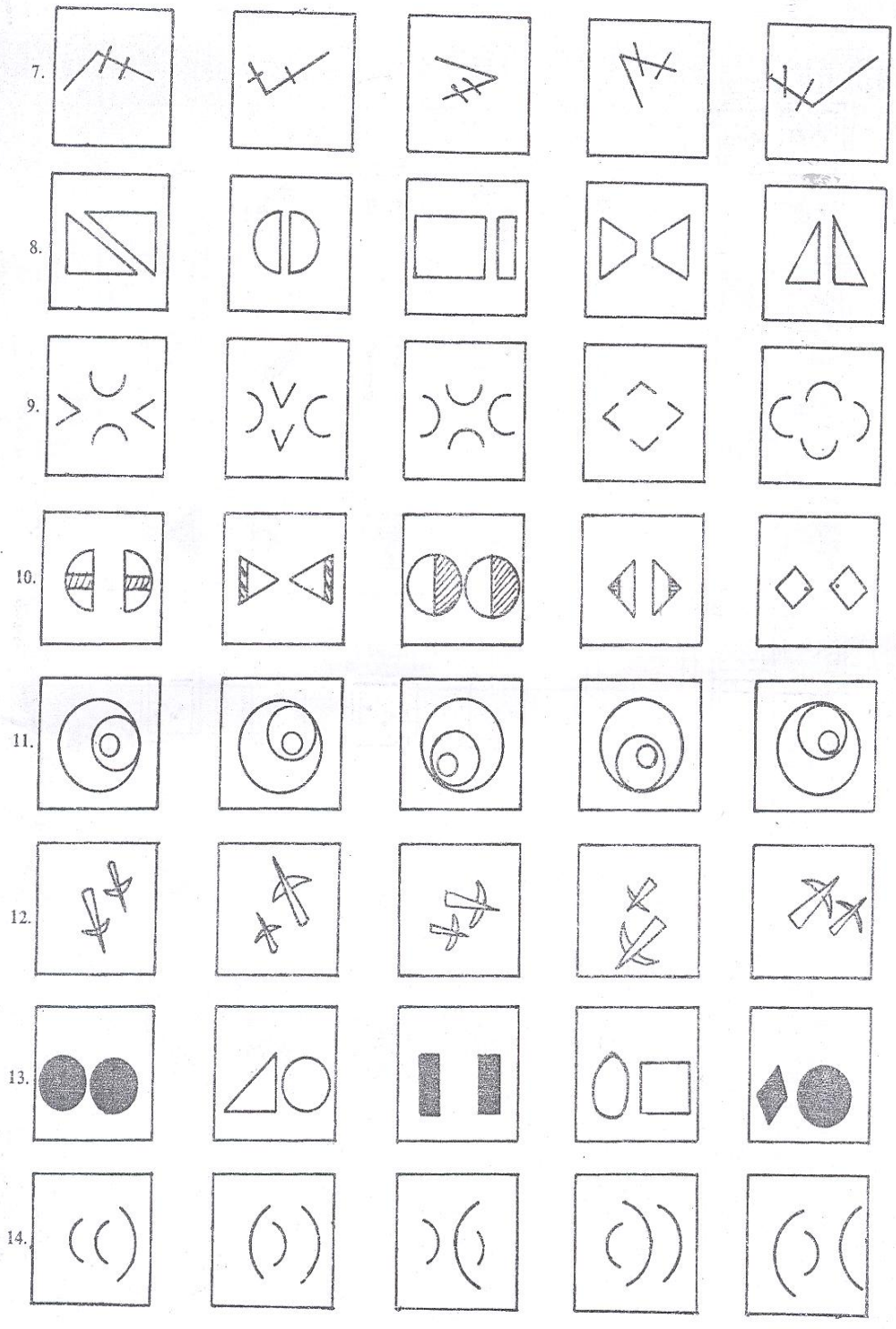
								
								
								
1. 								
2. 								
3. 								
4. 								
5. 								



4 dakika

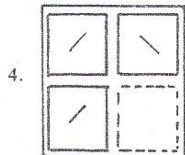
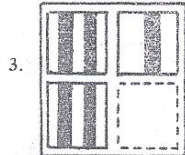
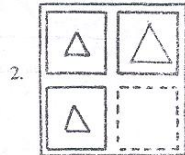
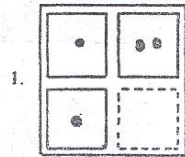
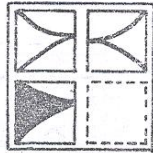
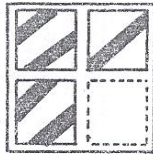
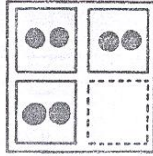
TEST 2

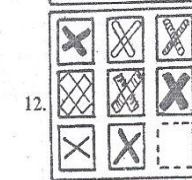
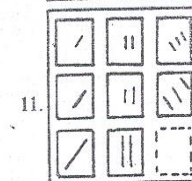
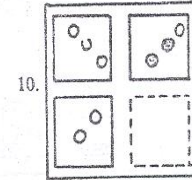
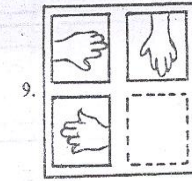
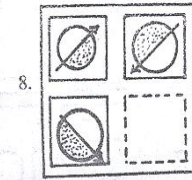
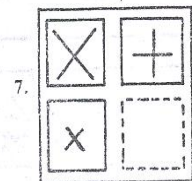
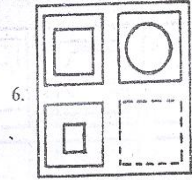
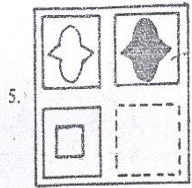
					
					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					



3 dakika

TEST 3





4 dakika

TEST 4

1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				